

Caracterização do perfil epidemiológico e sócio demográfico de cidadãos portadores de Tuberculose

Quésia Postigo Kamimura¹
Karin Anne Margaridi Gonçalves²
José Luis Gomes da Silva³

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem 1,9 milhões de mortes por tuberculose a cada ano, sendo 98% em países em desenvolvimento. Desses óbitos, 350.000 apresentam coinfeção com o vírus do HIV. Teme-se que, até 2020, caso a gravidade deste quadro não se reverta, 1 bilhão de pessoas sejam infectadas, 200 milhões adoeçam e 35 milhões possam chegar a óbito. (HIJJAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2001).

O Brasil permanece entre as 22 nações responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo, onde, anualmente, cerca de 90.000 novos casos da doença são notificados ao Ministério da Saúde, apresentando, em 2011, o total de 69.245 casos da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Estima-se que um em cada quatro brasileiros esteja infectado pelo bacilo da tuberculose.

As regiões Norte, Nordeste e Sudeste são aquelas que apresentam as maiores taxas de incidência da doença. (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007). Ao longo dos últimos dez anos, apesar da taxa de incidência da doença ter sido reduzida em 15,4% (de 42,8 casos por 100 mil habitantes, em 2001, para 36/1000, em 2011) e a mortalidade em 23,4% (3,1 óbitos em 100 mil

¹ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora do Programa de Mestrado em Planejamento e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté.

² Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional (Universidade de Taubaté). Professora no Centro Universitário (UNIRG) em Gurupi-TO e na Faculdade Serra da Mesa (FASEM) em Uruaçu-GO. Conselheira Regional do CRF/TO.

³ Mestre e Doutor em Ciência pelo Instituto Tecnológico de Aeronáutica. Coordenado ajunto do Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional (Universidade de Taubaté).

habitantes, no ano 2001, para 2,4/1000, em 2011), a tuberculose mostra-se um importante problema de saúde pública. (VILLA, et al 2013)

Segundo a Secretaria do Estado do Tocantins, no ano de 2010, foram registrados 169 novos casos de tuberculose, apresentando uma incidência de 12,2 casos a cada 100.000 habitantes. Desse total, 1,8% abandonaram o tratamento e 2,4% chegaram a óbito. Em 2011, na rede de assistência do SUS de Tocantins, 31 pacientes já realizam tratamento de tuberculose.

A tuberculose é uma doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* que possui distribuição universal, podendo ser adquirida através da inalação de microrganismos presentes no ar devido a uma enorme quantidade de microbactérias que um indivíduo doente expele ao tossir, espirrar ou até mesmo ao falar.

Os bacilos da tuberculose presentes em secreções respiratórias se multiplicam infectando células, causando uma resposta inflamatória aguda. No entanto, essa multiplicação de forma descontrolada pode originar diversas formas clínicas de tuberculose.

O Ministério da Saúde lançou em 1994 o Plano Emergencial de Controle da Tuberculose, sinalizando sua posição frente às novas perspectivas do problema. Em 1999, relançou o Programa Nacional de Controle da Tuberculose em caráter de emergência, vinculado aos serviços de saúde. Esse programa está subordinado a uma política de programação de suas ações, com padrões técnicos e assistenciais definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até as ações preventivas e de controle do agravo, permitindo, assim, o acesso universal da população às suas ações. (HIJJAR et al, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Tem-se a expectativa de que estudos sobre a caracterização do perfil de pacientes portadores de tuberculose no município de Gurupi/TO possa constituir uma importante ferramenta para avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), permitindo um mapeamento das regiões nas quais a patologia apresenta maior incidência e gravidade e criando medidas adequadas ao seu efetivo controle.

O objetivo do capítulo é caracterizar o perfil epidemiológico sócio-demográfico dos pacientes portadores de tuberculose, atendidos em uma unidade de saúde do município de Gurupi/TO, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010.

Metodologia

A pesquisa, de cunho quantitativo, foi realizada por meio de um estudo epidemiológico transversal retrospectivo, de levantamento, realizada no município de Gurupi/TO, tomando como fonte de informação os casos de tuberculose notificados pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em uma unidade de saúde. No Brasil, a tuberculose está incluída entre as Doenças de Notificação Compulsória (DNC) em todo território nacional, sendo estabelecido como mecanismo de notificação o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). A unidade de análise é a Policlínica Dr. Luis Santos Filho, localizada no município de Gurupi/TO.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a setembro de 2011, a partir dos registros dos prontuários de pacientes portadores de tuberculose, feitos no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010.

A amostra foi definida por meio do levantamento de registros em prontuários (n=71) e notificações de pacientes com diagnóstico positivo, maiores de 18 anos, cadastrados na Policlínica Dr. Luis Santos Filho, em especial, no Programa de Controle da Tuberculose, no município de Gurupi/TO. As variáveis selecionadas neste estudo foram os aspectos sócio-demográficos e os aspectos clínico-epidemiológicos, conforme exposto a seguir

Aspectos Sócio-Demográficos:

- Sexo: masculino e feminino;
- Idade: pacientes maiores de 18 anos;
- Procedência: Gurupi ou microrregiões;
- Zona de moradia: Urbana ou rural.

Aspectos Clínico-epidemiológicos:

Forma clínica de tuberculose: quanto à forma clínica de tuberculose, serão considerados casos de indivíduos com diagnósticos confirmados pela positividade da baciloscopia ou cultura e casos em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose e inicia o tratamento.

Tipo de entrada: serão considerados como caso novo quando o paciente nunca se submeteu à quimioterapia antituberculosa, fez por menos de 30 dias ou há mais de cinco dias. Considera-se caso de recidiva, o doente com tuberculose em atividade que já se tratou anteriormente e recebeu alta por cura, desde que o intervalo da data da cura e a data do diagnóstico da recidiva não ultrapassem cinco anos; e caso de reingresso após abandono, quando o doente retorna após o tratamento, além de ter deixado de tomar os medicamentos por mais de 30 dias consecutivos.

Resultados e discussão

A amostra constituiu-se de 71 prontuários de pacientes que apresentaram diagnóstico positivo para tuberculose, distribuídos segundo o período do estudo: 14,08% (10), em 2005; 21,12% (15), em 2006; 14,08% (10), em 2007; 23,94% (17), em 2008; 18,30% (13), em 2009; e 8,45% (6), em 2010. A tuberculose afetou mais indivíduos do sexo masculino (proporção de aproximadamente 2:1 sexo masculino/feminino, respectivamente), dados que se assemelham à pesquisa nacional realizada pela Fundação Nacional de Saúde (FNS). A idade variou entre 18 e acima de 65 anos, sendo que nas faixas etárias “de 46 a 55 anos” e “acima de 65 anos”, representaram a maioria, conforme exposto na Tabela 1.

Esse resultado confirma informação de Campos (2003) sobre o fato de a morbidade e a mortalidade da tuberculose, de modo geral, terem uma maior ocorrência em indivíduos do sexo masculino.

Com relação à faixa etária, os dados indicam que é elevado, nos primeiros anos de vida, o risco de adoecimento, com intensidade baixa na idade escolar, voltando a se elevar na juventude e no início da idade adulta. Os idosos e os indivíduos HIV (+) também estão sujeitos a um maior adoecimento. Com referência à procedência e moradia (zona urbana ou rural), apenas 4,2 % dos casos referem-se a pacientes que moram em outros municípios. Em 98,6% dos casos, os pacientes residem em zona urbana, apresentando maior prevalência na cidade de Gurupi (94,4%) (Tabela 1).

Nas zonas urbanas, o caráter social e econômico das populações não proporciona total detecção da tuberculose, nem o seu devido combate. O contato entre doentes continua a era principal forma de contágio. Devido à ausência de diagnóstico, muitos portadores transmitem a doença aos não portadores. (GASPAR, 2004).

Tabela 1: Características sócio-demográficas dos pacientes com diagnóstico confirmado de tuberculose na cidade de Gurupi/TO. Anos 2005-2010

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Masculino	46	64,8
Feminino	25	35,2
Idade		
18-25	09	12,7
26-35	07	9,8
36-45	12	16,9
46-55	15	21,1
56-65	10	14,0
Acima de 65 anos	15	21,1
Não informado	03	4,2
Procedência		
Gurupi	67	94,4
Microrregiões	03	4,2
Sem registro	01	1,4
Zona de moradia		
Urbana	70	98,6
Rural	-	-

Quanto às formas clínicas da doença, houve maior prevalência nos casos de tuberculose pulmonar bacilífera (Tabela 2).

Pode-se justificar a incidência mais elevada desse tipo de forma de tuberculose, pelo fato de os pulmões serem órgãos com altas concentrações de oxigênio, tornando-se local preferencial para o alojamento do bacilo da tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*), estrita bactéria aeróbica. (MASCARENHAS; ARAÚJO; GOMES, 2005).

No período do estudo, foram diagnosticados apenas 2 (dois) casos de HIV positivo concomitantes com tuberculose (Tabela 2). O estudo de Jamal e Moherdau (2007) mostra-se divergente com os resultados encontrados, pois cita que o HIV não só tem cooperado para um crescente número de casos de tuberculose como também tem sido um dos principais responsáveis pelo acréscimo da mortalidade entre os doentes coinfectados.

A infecção não tratada com o HIV leva a uma imunodeficiência progressiva e aumenta a susceptibilidade às infecções. Portanto, a contaminação com o HIV aumenta a demanda dos programas de tuberculose, os quais lutam para lidar com o aumento de casos da doença, pois se sabe

que o impacto causado pelo HIV expõe qualquer fraqueza que exista nos programas de controle da tuberculose. O aumento dos casos suspeitos dessa enfermidade também é capaz de causar uma sobrecarga nos serviços de diagnóstico em saúde. (HARRIES et al. 2004)

Tabela 2: Características clínicas - epidemiológicas dos pacientes com diagnóstico confirmado de tuberculose na cidade de Gurupi/TO. Anos 2005-2010

Variáveis	Nº	%
Forma Clínica		
Pulmonar bacilífera	48	67,6
Pulmonar não bacilífera	15	21,1
Extrapulmonar	07	9,8
Não informado	01	1,4
HIV		
Positivo	02	2,8
Negativo	67	94,4
Sem Registro	02	2,8

Quanto ao surgimento de novos casos de tuberculose, foi realizada por meio da investigação pela detecção de casos novos, segundo o PNCT em uma comunidade. De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), denomina-se “Caso de Tuberculose” todo sujeito com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e casos em que o médico, com base nas análises clínicas epidemiológicas e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose.

Quanto a casos em que o doente com tuberculose nunca usou ou usou por menos de um mês drogas antituberculosas, considera-se “Caso Novo”. A procura de casos envolve um conceito programático capaz de compreender tanto os métodos de diagnóstico como as ações organizadas para operacionalizá-los, envolvendo os serviços e a comunidade.

Estas ações estão voltadas para os grupos que possuem maior probabilidade de apresentar tuberculose, como os sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse e expectoração por três ou mais semanas), contatos de

casos de tuberculose, suspeitos radiológicos, pessoas imunossupressoras ou em condição social que predisponham à tuberculose. (BRASIL, 2002).

No município de Gurupi a maioria dos casos detectados foi por “demanda espontânea” (81,69%). Os “Exames de contato” corresponderam a 4,22% dos casos, considerando um importante fator na detecção dos casos novos. O mesmo percentual foi notado em outros modos. Uma observação preocupante é em relação à falta de informação em 9,85% dos casos, uma vez que não estava descrito nos prontuários o modo de detecção do caso novo (Gráfico 1).

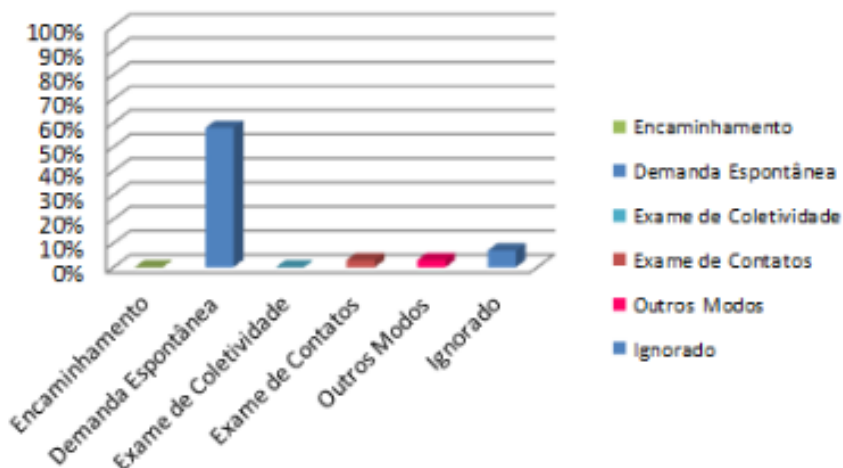
A porta de entrada ao sistema de saúde é fundamental para garantir o acesso ao diagnóstico da doença e envolve a prestação de serviços acessíveis e a utilização desses serviços quando surge necessidade de atenção (VILLA, et al., 2013).

Ao considerar que 81,69% acessaram os serviços de saúde por “demanda espontânea”, difere do estudo de Oliveira et al. (2011), que apresenta sobre os casos detectados que 61% foram por “encaminhamento por suspeita de TB” e 29% por “demanda espontânea”.

Uma preocupação constante é em relação à detecção de casos ineficiente daqueles cidadãos portadores que não procuraram tratamento, que continuam e continuarão adoecendo sem serem identificados pelos serviços de saúde, transmitindo a doença a outras pessoas.

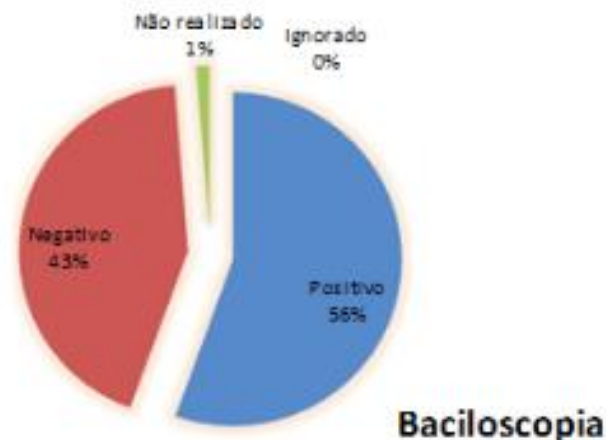
O atraso no diagnóstico da TB, além de afetar a persistência do bacilo na sociedade, influencia também o prognóstico dos indivíduos adoecidos, podendo levar à ocorrência de resistência a drogas e à morte. (MILLEN et al., 2008; VILLAS et al., 2013)

Gráfico 1: Modo de detecção do caso novo de tuberculose no município de Gurupi/TO. Anos 2005-2010.



Dentre os métodos de diagnóstico utilizados em saúde pública, a baciloscopia se mostra eficaz tanto pela rapidez quanto pelo custo. No entanto, ela pode acarretar uma grande probabilidade da ocorrência de falsos - negativos por apresentar limitações, pois a positividade do exame só é alcançada com uma contagem significativa de bacilo -álcool-ácido -resistentes (5.000 cm^3). A negatividade desse método diagnóstico não só depende do estágio inicial da doença, como também da imunidade do indivíduo, pois o bacilo apresenta um crescimento lento, e a imunidade é capaz de manter os níveis de infecção sob controle (FERREIRA, et al, 2005).

Gráfico 2: Baciloscopia realizada nos pacientes portadores de TB na cidade de Gurupi de 2005 a 2010.



Segundo Ferreira et al. (2005), apesar de ser indicada como meta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil tem apresentado dificuldades para implantação e utilização da baciloscopia para a detecção de casos de tuberculose desde 1993. Dados de 1997 indicam que foram realizadas apenas 19% das baciloscopias diagnósticas esperadas.

Na unidade de saúde em estudo, 56% (45) dos casos deram positivo, 43% (25) negativo e 1% (1) não realizado (Gráfico 2), confirmando a baixa sensibilidade do método.

Em relação aos andamentos dos casos de tuberculose no município de Gurupi, entre 2005 a 2010, em 71 prontuários analisados, 78,87% dos pacientes tiveram alta por cura, 2,81% chegaram a óbito, abandonaram o tratamento ou foram transferidos para outro município do estado do Tocantins, 1,40% sofreram alterações no diagnóstico e 8,45% continuam em tratamento. Os restantes dos prontuários não registraram essas informações (Gráfico 3).

Gráfico 3: Andamentos dos casos de TB na cidade de Gurupi entre 2005 a 2010



O gráfico demonstra que houve um elevado índice de alta ao pacientes por cura na cidade de Gurupi nos anos estudados, isto pode ser justificado pela eficácia do Programa de Controle de Tuberculose, evidenciando que pacientes que buscam tratamento na unidade responsável são acolhidos e realizam tratamento supervisionado e confiável.

Segundo Teixeira (2001), apesar de algumas fraquezas identificadas no Brasil quanto à estrutura e o desempenho do Programa de Controle da Tuberculose, estão dadas as condições para que o país se engaje, na ação global de combate à tuberculose.

A Organização Mundial de Saúde preconiza que a meta é identificar, 70% dos casos infecciosos e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

No entanto, esta pesquisa também contribuiu para mostrar que apesar do avanço importante no controle da doença, do enfrentamento efetivo das dificuldades por parte de muitos municípios, demonstrando desde 2005 a busca do programa pelos casos novos de TB e melhorias no diagnóstico destes casos, é ainda necessário um conjunto de ações que possa impactar de forma mais efetiva os números atuais, principalmente em relação à cura.

Considerações finais

A tuberculose é um problema de saúde pública que preocupa não só a comunidade médica e científica, mas também a população em geral devido ao risco de transmissão. Os achados deste estudo demonstraram que a busca ativa de casos de tuberculose mostrou-se efetiva na cidade de Gurupi, em Tocantins, visto que o desempenho do Programa de Controle da Tuberculose atinge metas, seguindo seus parâmetros como a detecção dos casos novos, farmacoterapia e o seu acompanhamento, e que o estudo deixa evidente um decréscimo na aparição de novos casos, em relação aos anos em estudo (2005 a 2010), de tuberculose no município.

Dentre os casos novos de tuberculose na cidade de Gurupi, a infecção pelo HIV aparece nos dados levantados a apenas dois casos positivos. A preocupação com pacientes bacilíferos, que são aqueles capazes de transmitir a doença em caso de contato direto, acaba se tornando um ponto essencial na descoberta dos casos e se destaca através da realização de baciloscopias realizadas na unidade de saúde estudada. Isto comprova a fundamental importância da manutenção do Programa de Controle da Tuberculose na cidade, visto que suas ações preventivas e de controle do agravo sugerem estar funcionando, de forma bem significativa, com necessidade de ações mais drásticas em relação à cura e de melhorias contínuas, para uma assistência à saúde com qualidade ao cidadão.

Referências

BARREIRA, D; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_controle_tuberculose.pdf>. Acesso em: 17 maio 2011.

CAMPOS, S. Infecto-contagiosas/Epidemias. Aspectos epidêmicos da tuberculose. 2003. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/3757>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

FERREIRA A.A.A., QUEIROZ, K.C.S., TORRES, K.P., FERREIRA, M.A.F., ACCIOLY, H., ALVES,

M.S.C.F. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2005 Jun; 8(2):142-9.

GASPAR, J. Tuberculose Pulmonar bacilífera: o internamento compulsivo como medida de controlo da disseminação da doença. Mestrado em Comunicação e Educação em Ciência. Universidade de Aveiro. Aveiro, Portugal, 2004.

HARRIES, A. et al. TB/HIV. Informação sobre tuberculose (TB), HIV/SIDA e as interações entre a TB e o HIV. Manual clínico. 2. ed. DF, 2004.

HIJJAR, M. A.; OLIVEIRA, M.J; TEIXEIRA, G. M. A tuberculose no Brasil e no mundo. Boletim de Pneumologia Sanitária, Rio de Janeiro, v.9, n. 2, 2001.

HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 41, Supl. 1, 2007

JAMAL, L; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. Revista Saúde Pública, São Paulo, 2007.

MASCARENHAS, M; ARAÚJO, L; GOMES, K. Tuberculose. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.14, n.1, mar. 2005.

Millen SJ, Uys PW, Hargrove J, van Helden PD, Williams BG: The effect of diagnostic delays on the drop-out rate and the total delay to diagnosis of tuberculosis. PLoS ONE. 2008;3(4):e1933.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária - Manual de Administração/ Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Bol. Pneumologia Sanit. 4(1): 7-56, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Especial Tuberculose, v.43. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim 01-2012. Tuberculose no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.

VILLA, T. C. S. et al. Early diagnosis of tuberculosis in the health services in different regions of Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2013, vol.21, n.spe, pp. 190-198. ISSN 0104-1169.

TEIXEIRA, G. M. Tuberculose - mobilização social, política e técnica e os programas de controle. In: Boletim de Pneumologia Sanitária, vol. 9 - nº 1 - Jan/Jun - 2001. Funasa. Ministério da Saúde, 2001.

Texto publicado na revista Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, vol. 16, núm. 6, 2012, pp. 119-128