

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO-NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA**

**MÔNICA VERENA TORRES MORAES BOUZON
TELMA LÚCIA MATOS SOUSA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO
BAIRRO CIDADE NOVA EM ARACAJU (SE)
(2005-2007)- UM ESTUDO RETROSPECTIVO.**

Aracaju – SE
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Bouzon, Mônica Verena Tôrres Moraes

Perfil Epidemiológico da Tuberculose no bairro Cidade Nova em Aracaju (SE) (2005-2007) - Um estudo retrospectivo / Mônica Verena Tôrres Moraes Bouzon, Telma Lúcia Matos Sousa – 2008.

41f.

Monografia (pós-graduação) - Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe, 2008.
Orientação: M.Sc. Iane Martha O. Dias

1.Saúde 2.Tuberculose 3.Epidemiologia 4. Telma Lúcia Matos Sousa I. Perfil Epidemiológico da Tuberculose no bairro Cidade Nova em Aracaju (SE) (2005-2007)- Um estudo retrospectivo.

CDU 616-002.5 (813.7)

**MÔNICA VERENA TORRES MORAES BOUZON
TELMA LÚCIA MATOS SOUSA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO
BAIRRO CIDADE NOVA EM ARACAJU (SE)
(2005-2007)- UM ESTUDO RETROSPECTIVO.**

Monografia apresentada ao Núcleo de
Pós-Graduação e Extensão da FANESE,
como requisito para a obtenção do título
de Especialista em Gestão em Saúde
Pública e da Família.

Orientadora:

Profª M.Sc.lane Martha O. Dias

Aracaju – SE

2008

MÔNICA VERENA TORRES MORAES BOUZON
TELMA LÚCIA MATOS SOUSA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO
BAIRRO CIDADE NOVA EM ARACAJU (SE) (2005-
2007)- UM ESTUDO RETROSPECTIVO.**

Monografia apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão NPGE,
da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito
para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública e da Família.

Iane Martha Oliveira Dias

Profª. M.Sc. Iane Martha O. Dias

Coordenador do Curso

Mônica Verena Torres Moraes Bouzon / Telma Lúcia Matos Sousa
Mônica Verena Torres Moraes Bouzon e Telma Lúcia Matos Sousa

Aprovado com média _____.

Aracaju (SE), 13 de junho de 2008

*“O controle de tuberculose requer uma
ação permanente, sustentada e
organizada...”*

Iane Martha O. Dias

RESUMO

Diante da alta incidência da tuberculose no mundo, no Brasil e, em particular em Sergipe, o estudo se propôs a conhecer o perfil epidemiológico da tuberculose no bairro Cidade Nova, município de Aracaju/Sergipe/Brasil, no período de 2005 a 2007. Para tanto realizou-se uma pesquisa bibliográfica mediante a revisão da literatura e, documental, na qual foram consultadas as Fichas de Notificação/Investigação da Tuberculose, padronizada pelo SINAN (Sistema de Informações de Agravos Notificáveis), da Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral, utilizando-se o método transversal, retrospectivo. Órgãos oficiais, e profissionais da área da saúde, forneceram o material teórico essencial para o entendimento da problemática objeto desta pesquisa. Os resultados obtidos corroboram a hipótese básica de que a prevalência da doença é mais alta quando em condições de pobreza e superpopulação; a má alimentação, falta de higiene, tabagismo, alcoolismo ou qualquer outro fator que gere baixa resistência orgânica, favorece o estabelecimento da doença. Aliada a esses fatores está a falta de políticas públicas que proporcionem uma melhoria na situação sócio-econômica e na qualidade de vida dos menos favorecidos.

Palavras-chave: saúde; tuberculose; epidemiologia.

ABSTRACT

The study before the high incidence of tuberculosis in the world, in Brazil and in particular in Sergipe, was motivated in order to know the epidemiological profile of tuberculosis in New City neighborhood, city of Aracaju/Sergipe/Brazil, in the period 2005 to 2007. For both there was a literature search through the review of literature and documents, which were consulted Cards of the Notification / Research of Tuberculosis, standardized by SINAN (Information System of Agravos Notificáveis), the Office of Health "José Quintiliano da Fonseca Sobral", using the transversal and retrospective method. Bodies officers and health care professionals provided the theoretical material essential to understanding the problem object of this research. The results corroborate the basic assumption that the prevalence of the disease is higher when under conditions of poverty and overpopulation, a poor diet, lack of hygiene, smoking, alcohol or any other factor which manages low resistance organic, favors the establishment of the disease. Allied to these factors is the lack of public policies that provide an improvement in socio-economic and quality of life situation of the least advantaged.

Keywords: health; tuberculosis; epidemiology.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição dos pacientes quanto a faixa etária	25
Gráfico 2- Distribuição dos pacientes em relação a raça/cor.....	26
Gráfico 3- Distribuição dos pacientes em relação ao grau de escolaridade	27
Gráfico 4- Distribuição dos pacientes quanto a profissão	27
Gráfico 5- Distribuição dos pacientes por tipo de entrada no serviço	28
Gráfico 6- Distribuição dos pacientes quanto a realização do raio x do tórax	29
Gráfico 7- Distribuição dos pacientes sobre a forma de tuberculose encontrada ...	30
Gráfico 8- Distribuição da doença associada a agravos	30
Gráfico 9- Distribuição da doença quanto ao exame de baciloscopia do escarro	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 HISTÓRIA DA TUBERCULOSE NO BRASIL	13
2.1 Tuberculose, uma Abordagem Geral	13
2.2 A Trajetória da Tuberculose no Brasil	17
3 METODOLOGIA	23
4 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
APÊNDICE	40
ANEXOS.....	46

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma das doenças mais antigas e conhecidas do mundo e uma das mais comuns na história da humanidade. A doença foi encontrada em esqueletos de múmias do antigo Egito (3000 a. C.) e recentemente numa múmia encontrada no Peru. Em 1882, Robert Koch descobriu o bacilo causador da tuberculose denominado *Mycobacterium tuberculosis* (FERNANDES et al, 2006).

Na década de 40, a descoberta da medicação específica para o tratamento dessa doença promoveu uma diminuição acentuada da taxa de mortalidade. Durante a década de 50 e 60, com a comprovação da eficácia desses medicamentos na cura da tuberculose o tratamento começou a se tornar ambulatorial e daí os sanatórios foram desativados gradativamente.

Em 1998, criou-se o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) que procurou integrar as diferentes esferas de governo para reduzir a morbi-mortalidade e os problemas sócio-econômicos decorrentes da tuberculose. Esse plano introduziu novas propostas de trabalho contando com as estratégias das Equipes de Saúde da Família.

Segundo dados do Ministério da Saúde¹, “Anualmente notifica-se no Brasil perto de 100 mil casos de tuberculose sendo que, destes, 85 mil são novos. Morrem cerca de seis mil pacientes no País. Os principais fatores que contribuem para a manutenção e agravamento do problema são: a persistência da pobreza em nossa sociedade e a ocorrência da AIDS nos grandes centros. O aumento da ocorrência da resistência medicamentosa e da Multidroga-resistência (MDR) é outra preocupação do programa”.

Um estudo realizado por Miguel Aiub Hijjar et al² refere que:

A grave situação mundial da tuberculose está intimamente ligada ao aumento da pobreza, à má distribuição de renda e à urbanização acelerada. Este quadro contribui para a manutenção da pobreza, pois, como a AIDS, a tuberculose atinge, principalmente, indivíduos que poderiam ser economicamente ativos. A epidemia de AIDS e o controle insuficiente da tuberculose apontam para a necessidade de medidas enérgicas e eficazes de saúde pública. A emergência de focos de tuberculose multirresistente (TBMR), tanto nos Estados Unidos da América, no início dos anos noventa, quanto atualmente,

¹ http://200.214.130.38/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21446

² <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v9n2/v9n2a03.pdf>

nos países que compunham a antiga União Soviética, tem mobilizado o mundo para a questão da tuberculose.

No Estado de Sergipe, existem três municípios que são prioridade para o PNCT que são: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro e São Cristóvão (SES, 2006).

A tuberculose é considerada uma doença infecto-contagiosa causada por um bacilo (*Micobacterium tuberculosis*) que se propaga pelo ar através de gotículas de saliva contaminadas pelo bacilo e expelidas por uma pessoa infectada ao tossir, espirrar ou falar em voz alta (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002, p.9).

Os pacientes em melhor estado geral e nutricional tendem a apresentar tosse vigorosa, atomizando mais partículas com maior capacidade de transmissão do que aqueles em pior estado (VERONESI, 2004).

Não é só a presença do bacilo que determina a progressão da doença. Na tuberculose o que ocorre é a soma de fatores físicos, sociais e emocionais facilitando o adoecimento.

Na tuberculose pulmonar, geralmente a primo-infecção por bacilos se estabelece sem apresentar sintomas ou com sintomas discretos, como perda do apetite, fadiga, irritação. Muitas vezes, os sintomas assemelham-se aos da gripe ou do resfriado comum.

Os sintomas da tuberculose doença incluem tosse, perda de peso, dor no peito, falta de apetite, febre vespertina e sudorese noturna. A tosse pode persistir por semanas e pode produzir escarro com sangue. Mesmo que não haja outros sintomas, a pessoa que tem tosse por mais de um mês deve procurar imediatamente assistência médica.

O exame do escarro em duas amostras é o mais importante dos exames disponíveis, pois permite encontrar rapidamente o bacilo de Koch. Pode ser feito em qualquer lugar do Brasil pelo método direto ou, em laboratórios especializados, pela cultura - nos casos em que, apesar das fortes suspeitas, os exames diretos não conseguiram mostrar a presença do bacilo. A cultura do escarro pode demorar até 90 dias para dar um resultado.

Outro exame importante é a radiografia simples do tórax que mostra o estado da doença. Esse exame quando disponível é um exame simples, relativamente barato e que dá muitas informações. Podemos lançar mão de outro exame O **PPD** (Derivado Purificado da Proteína do bacilo da tuberculose). Quando injetado na pele,

provoca uma reação no local, demonstrando que o organismo reconhece aquele líquido injetado como se fosse o próprio bacilo agressor. A reação forte ao PPD mostra que o organismo já conhece o bacilo da tuberculose.

Em 1944 surgiram os medicamentos capazes de curar a tuberculose. Anteriormente a cura dependia do quanto se pudesse melhorar a resistência da pessoa, com o repouso e a alimentação. Melhorando-se as condições físicas da pessoa, conseguia-se que o próprio organismo vencesse a doença.

Os primeiros tratamentos eram feitos durante dois anos, com os pacientes internados. As coisas foram evoluindo, melhorando, e hoje o paciente com tuberculose pode ser curado em seis meses. Em alguns casos, ainda se internam pacientes com tuberculose para tratamento quando associadas com alcoolismo, diabetes, meningoencefalites, AIDS. Estabelecido o diagnóstico, o paciente deverá começar o tratamento. Os medicamentos são tomados em jejum, diariamente, durante seis meses conferindo a cura para o paciente. A avaliação dos familiares deve ser feita através do exame clínico e da realização da radiografia simples do tórax.

Quando o paciente inicia o tratamento da tuberculose, ele apresenta uma grande melhora logo no primeiro mês do tratamento. Por um lado isso é bom, por outro pode se transformar num problema quando o paciente resolve abandonar o tratamento por estar se sentindo bem, o que diminui o índice de cura e promove o aparecimento de bacilos MDR (multi-droga-resistente). A tuberculose causada pelo bacilo MDR é grave porque ainda não existem medicamentos capazes de curá-la.

É importante o monitoramento no controle da tuberculose nos casos bacilíferos. Controle esse realizado através de baciloscopias mensais dos escarros. Preferencialmente durante os seis meses de quimioterapia.

Segundo Brasil (2002b), a quimioprofilaxia e a vacinação Bacilo Calmette-Guérin (BCG) são duas medidas preventivas eficazes contra a tuberculose.

Importante lembrar que: apesar dos medos, o problema não é o doente que se conhece e sim o doente que não se conhece. Enquanto a pessoa não sabe que está doente, põe em risco todos os de sua convivência. Com o início do tratamento os riscos de contágio diminuem, acentuadamente, em trinta a quarenta e cinco dias.

A tuberculose pode evoluir durante três a quatro meses sem que a pessoa perceba que está doente. “Embora o dia do diagnóstico possa parecer o início de um problema, na verdade, é o dia em que começa a solução. A partir do diagnóstico, o

tratamento - que é a grande solução - começa a ser encaminhado, começando assim o fim do problema” (Boa Saúde).

A questão em discussão motivou a realização deste estudo, que pretendeu identificar o coeficiente de incidência dos casos de tuberculose no bairro Cidade Nova, Município de Aracaju no período de 2005 e 2007, através da análise de 19 fichas de investigação para tuberculose do Sistema de Informações de Agravos Notificáveis (SINAN) preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2 HISTÓRIA DA TUBERCULOSE NO BRASIL

2.1 Tuberculose, uma Abordagem Geral

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, que poderá atingir um estágio agudo ou crônico. A sua característica básica, em termos clínicos perpassa, de acordo com o Manual Merck de Medicina (1989, p.126), “por um equilíbrio que dura toda a vida entre o hospedeiro e a infecção, em que os focos pulmonares ou extrapulmonares podem se reativar a qualquer momento, freqüentemente depois de longos períodos de latência”.

A infecção acontece num primeiro momento por inalação, pois as pequenas gotas infectadas são “aerossolizadas” pela tosse e, ao ficarem suspensas no ar secam, podendo assim contaminar o ar quando em ambientes fechados, durante longos períodos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002, p.9):

[...] o bacilo de koch (BK), se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose (TB) pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando estas gotículas são inaladas por pessoas sadias provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença.

De acordo com especialistas e pesquisadores vários são os fatores responsáveis por taxas de prevalência – idade, raça, situação sócio-econômica e área geográfica. Portanto, a incidência é maior em países menos desenvolvidos, subdesenvolvidos, nos quais a ausência de políticas públicas favorece a proliferação da doença.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (id.ibidem), corroborando o raciocínio anterior:

A propagação da tuberculose está intimamente ligada às condições de vida da população. Prolifera, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria. Por isto, a sua incidência é maior nas periferias das grandes cidades, podendo, porém, acometer qualquer pessoa mesmo em áreas rurais.

A tuberculose tem sido nas últimas décadas uma preocupação constante por parte dos gestores e/ou profissionais da área da saúde, que mediante pesquisas e campanhas de orientações para a sociedade vêm tentando minimizar o grau em que a epidemia se encontra no país, que tem conseguido vários avanços ante a história da saúde do país no século XX, à sua grandeza epidemiológica, ao conhecimento científico gerado, às representações produzidas no imaginário social e às políticas de controle da doença traçadas institucionalmente.

A partir dos últimos anos do século XVIII, associou-se à tuberculose pelo menos duas representações. A primeira, a definia como uma "doença romântica", idealizada nas obras literárias e artísticas ao estilo do romantismo e identificada como uma doença característica de poetas e intelectuais. A segunda, gerada em fins do século XIX, qualificava a doença como "mal social" e firmou-se, claramente, no decorrer do século XX, tendo convivido nas primeiras décadas com a visão romântica. Essas duas concepções apresentaram-se de forma significativa no imaginário social, expressando-se por meio de uma forte auréola estigmatizante.³

No Brasil, a tuberculose como doença social solidificou-se no século XX, estando presente na literatura médica, respaldada pelos dados estatísticos. Estes indicam de forma incontestável, desde o início do século, uma maior incidência de tuberculose junto às classes populares, em virtude das precárias condições de vida, aspecto obscurecido na "tísica romântica". Apesar da associação da doença às condições de vida, percebe-se que as orientações para o controle da tuberculose, ao longo deste século, assumiram o fator biológico como seu principal determinante, sustentadas por um saber técnico-científico que se desenvolveu progressivamente.

A identificação do bacilo de Koch, em 1882, como o agente etiológico da tuberculose foi um marco fundamental para o conhecimento da doença. Significou também uma importante contribuição para o fortalecimento da teoria da transmissibilidade das doenças, que vinha se desenvolvendo com as pesquisas de Pasteur e outros cientistas, além de reforçar a concepção biologizante das doenças. Essa descoberta impulsionou novas tentativas em direção ao controle e tratamento específico da tuberculose, não apresentando, porém, neste contexto, avanços terapêuticos significativos.

³ <<http://www.drashirleydecampos.com.br>>

Como terapêutica para a tuberculose prevaleceu, desde o século XIX, o tratamento higieno-dietético. Este tinha como pressuposto a cura espontânea do doente quando em condições favoráveis, traduzidas por uma boa alimentação e repouso e incorporando o clima das montanhas como um fator fundamental no tratamento. Sua indicação envolvia o isolamento dos pacientes, viabilizada por meio da criação de sanatórios e preventórios.

Anos após a descoberta da cura para a tuberculose, vemos que a doença ainda mata mais pessoas do que qualquer outro germe isolado. A tuberculose é considerada uma doença muito antiga e um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo, principalmente nos países subdesenvolvidos, portanto, a principal causa de morte por doença infecto-contagiosa em adultos por todo o mundo (SOUZA *et al*). “Estima-se que 1/3 da População Mundial está infectada em risco de desenvolver a tuberculose” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). O Brasil ocupa 15º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose em todo o mundo. Números esses que representam 35% dos casos da doença notificados anualmente nas Américas. No nosso país são notificados aproximadamente 85.000 casos novos por ano, e aproximadamente seis mil morrem por ano em decorrência da doença. O maior contingente de casos no Brasil está localizado no Estado de São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). O coeficiente de prevalência da doença no Brasil em 2002 foi de 49,7/100.000 (LUNA, 2003).

Apesar da alta incidência da doença em nosso meio, o diagnóstico precoce não ocorre de fato em um grande número de casos. Os números da tuberculose no Brasil e no mundo são alarmantes, acometendo e matando mais nas fases produtivas da vida e em todas as classes sociais, embora mais freqüentemente nas menos favorecidas financeiramente.

A tuberculose pode afetar qualquer órgão ou tecido e se apresentar sob as mais diversas formas clínicas. A forma pulmonar é a mais freqüente e facilmente transmitida. “Nem todas as pessoas expostas aos bacilos da tuberculose se tornam infectadas”. Contudo, quando os bacilos atingem os alvéolos a infecção pode se iniciar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.10).

Na concepção do Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (2002, p.160):

[...] O pulmão é a porta de entrada natural do M. Tuberculosis. As pequenas gotículas espalhadas no ar atmosférico são suficientes para alcançar os alvéolos pulmonares onde o germe inicia a sua

multiplicação após a fagocitose pelos macrófagos alveolares e onde as manifestações clínicas são mais freqüentes e de maior importância epidemiológica [...].

Mas, também outros órgãos podem ser afetados pela tuberculose como afirma o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (id.ibidem):

[...] Todos os órgãos e sistemas podem ser acometidos pela tuberculose de maneira isolada ou em mais de um órgão. Os mais comumente envolvidos são os linfonodos, o sistema urogenital, os ossos e articulações, o fígado e o baço, o sistema nervoso central e a pele. Os sinais e sintomas associados a cada uma destas localizações são variados e dependentes do órgão acometido e do estado imunológico do indivíduo.

Considerando ainda os casos com baciloscopia negativa, a tuberculose deve ser incluída no diagnóstico diferencial de diversas situações clínicas ou radiológicas, especialmente pela alta incidência da doença em nosso país. O diagnóstico tardio favorece o aparecimento de formas mais graves que necessitam de internação. Recentes estudos brasileiros revelam altas taxas de óbitos hospitalares por tuberculose, provavelmente relacionadas com a maior gravidade do doente no momento da internação e com as doenças associadas. Cada caso de tuberculose não diagnosticado gera cerca de 20 novos casos de tuberculose infecção ou doença no período de um ano.

Os imunodeprimidos, indivíduos em situação socioeconômica precária e sob stress estão mais suscetíveis à apresentação de formas mais graves, levando à procura de hospitais e conseqüente internação. A transmissão da tuberculose pulmonar se dá de forma lenta e silenciosa e invisível, pelas pequenas gotículas expelidas durante a fala, espirro ou tosse do paciente doente em ambientes pouco arejados. Por isso, todos somos suscetíveis diante de tais gotículas infectantes. Segundo Barjas Negri (*apud* MINISTRO DA SAÚDE, 2002) o percentual de cura insatisfatório é decorrente do abandono do tratamento e devido à associação da tuberculose com a AIDS observa-se uma expansão da doença no País.

Para o Ministério da Saúde a Tuberculose é prioridade nas Políticas Governamentais de Saúde e para isso são estabelecidas diretrizes para as ações fixando metas no alcance de seus objetivos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.9).

Portanto, percebe-se que no Brasil, há todo um histórico de luta contra a tuberculose, que sempre contou com a dedicação e empenho de profissionais, em

especial da área de saúde, desprendidos e entusiastas da possibilidade de livrar a população de uma doença que, há décadas, se tratada, tem cura. E vêm realizando um esforço no sentido de ampliar a detecção da doença, oferecer o tratamento (agora também com a estratégia do tratamento diretamente observado) e estimular a promoção de saúde. Trabalho que tem seu limite explicitado no financiamento, por parte do Estado, de tais ações.

Como é reconhecida como uma doença da pobreza, o financiamento da prevenção, tratamento e erradicação da tuberculose, por outro lado, não tem provocado o entusiasmo das grandes transnacionais da área de saúde – de medicamentos, vacinas, etc. (apesar da área de vacinas já ter alcançado um peso significativo na indústria farmacêutica).

Hoje, a vacina disponível e ainda indispensável, a BCG aplicada nos recém-nascidos, é uma vacina antiga, de 1921, que previne contra as formas graves de tuberculose, como a meningea, e foi responsável por nítida diminuição da proporção dos casos em crianças (de 20% para 10% dos casos totais). Novas vacinas estão em estudo no Brasil.

2.2 A Trajetória da Tuberculose no Brasil⁴

A história da tuberculose no Brasil, em se tratando da luta contra a sua erradicação tem uma origem no final do século XIX. As diretrizes internacionais firmadas no final do século XIX para o combate à tuberculose estiveram centradas em dois estabelecimentos: o dispensário e o sanatório. Enquanto o primeiro se dedicava à procura dos focos de contágio, à difusão de noções de higiene e à prestação de assistência médica e social aos doentes inscritos, o segundo esteve voltado ao isolamento nosocomial e tratamento continuado. Através desse binômio, pretendia-se dificultar a disseminação da enfermidade (CAMPOS, 1965).

No Brasil, ao longo do século XX, a formulação e implementação das políticas de controle da tuberculose foram assumidas por instituições estatais e filantrópicas que atuaram, de forma diferenciada, no decorrer do período. Nas duas primeiras décadas, as instituições filantrópicas tiveram papel relevante na difusão e aplicação

⁴ Texto elaborado a partir do trabalho intitulado Memória da Tuberculose, produzido por pesquisadores da Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose/index.htm>> Acesso em 22.05.08.

das idéias preconizadas para o combate à tuberculose. Destacou-se, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira contra a Tuberculose, fundada em 1900, como resultado de um movimento de médicos e intelectuais convencidos de que não podiam se omitir no combate à doença que causava tão alta mortalidade, principalmente na capital federal. A Liga, até 1907, criou dois dispensários e desenvolveu um intensivo trabalho de propaganda sobre o problema da tuberculose e os meios para minimizá-lo. Nesse sentido, em 1913, passou a publicar sistematicamente uma revista, e em 1921, iniciou a publicação do Almanaque. No ano de 1927, criou o Preventório Rainha Dona Amélia, destinado aos filhos de tuberculosos. Em vários estados brasileiros criaram-se também ligas contra a tuberculose que foram, durante esse período, as únicas instituições que implementaram uma política de combate à doença.

A Reforma Carlos Chagas, em 1920, que deu origem ao Departamento Nacional de Saúde Pública, inaugurou uma fase de maior intervenção do Estado no combate à tuberculose, criando a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. No Distrito Federal, tanto o poder público como as entidades filantrópicas ampliaram a disponibilidade de atendimento organizando dispensários e enfermarias exclusivas para tuberculosos.

A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, e as reestruturações ocorridas ao longo da década ampliaram a intervenção estatal no combate à tuberculose, permanecendo, no entanto, a convivência com as iniciativas filantrópicas.

No contexto da década de 1930, consolidou-se a incorporação institucional de novas tecnologias, como a vacina BCG, a baciloscopia, a abreugrafia, o pneumotórax e outras cirurgias torácicas. Nesse período, ocorreu também o início da especialização acadêmica em tisiologia, em que se destacou o curso organizado por Clementino Fraga na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Tiveram papel fundamental na difusão e produção de conhecimentos acerca da tuberculose o Instituto Brasileiro para a Investigação da Tuberculose, criado em 1927, na Bahia, e, no que diz respeito à produção da vacina BCG, a Fundação Ataulpho de Paiva, originariamente Liga Brasileira Contra a Tuberculose.

Os avanços científicos que marcaram esse período vieram questionar conceitos até então aceitos, como o "fator clima" na cura da tuberculose, e a hereditariedade na etiologia da doença. Este momento caracterizou-se pela intensa

discussão entre os tisiólogos, na medida em que esses avanços promoviam mudanças significativas no entendimento e nas representações sobre a doença.

A atuação do Estado foi intensificada na década de 1940, com a criação do Serviço Nacional de Tuberculose, em 1941, e da Campanha Nacional contra a Tuberculose, em 1946. Esta última desempenhou, desde sua criação, um papel singular, dado, principalmente, pela particularidade de sua constituição administrativa e financeira, que lhe permitia uma maior flexibilidade.

Na percepção de Barreira (1993) a década de 40 do século XX foi muito profícua para a luta contra a tuberculose e, embora tenha vivido no século passado, a personalidade emblemática da enfermeira Anna Nery constituiu importante referência para a Campanha Nacional contra a Tuberculose, nos anos 40. Doença crônica, envolvendo longos períodos de internação, a tuberculose propiciou a projeção social do valor da enfermagem no Brasil. A introdução da estreptomicina e do esquema tríptico de associação de medicamentos (estreptomicina, hidrazida e ácido paraminossalicílico) no tratamento da enfermidade; a vacina BCG; o empenho dos dispensários em obter, através da educação sanitária, a adesão dos pacientes aos tratamentos prolongados; a abreugrafia no rastreamento em massa dos indivíduos que já disseminavam a doença mesmo antes de serem identificados como doentes; a pesquisa da imunidade individual por meio do teste de Mantoux - aplicação subcutânea de PPD (derivado de protéico purificado do *Mycobacterium tuberculosis*), que podia expressar a infecção pelo bacilo da tuberculose quando, no local de aplicação, resultasse um nódulo, dependendo de sua dimensão. Esses, dentre outros, poderiam ser lembrados como marcos dos esforços de assistência e controle dirigidos à tuberculose, de meados do século em diante.

A Campanha assumiu como proposta, neste momento, a expansão da estrutura hospitalar e sanatorial em todo o país. A ampliação da estrutura de serviços trazia a idéia da interiorização e uniformização do atendimento, a normatização das ações de saúde e a formação de recursos humanos abarcando pessoal de nível médio e superior.

A descoberta da quimioterapia antibiótica específica, a partir da década de 1940, iria alterar mundialmente, de forma bastante radical, o perfil epidemiológico, a ação institucional e o conhecimento científico em relação à tuberculose, além de repercutir nas representações sobre a doença.

Apesar de ter ocorrido inicialmente uma queda acentuada dos índices de mortalidade da doença, o uso dos antibióticos ocasionou o surgimento de bacilos resistentes às drogas. O aprofundamento de estudos e experimentações utilizando a associação desses medicamentos e a descoberta de novos quimioterápicos, acompanhados por pesquisas no campo da microbiologia, possibilitaram a superação da resistência bacteriana. A União Internacional contra a Tuberculose promoveu, a partir de 1961, investigações sobre o uso desses quimioterápicos envolvendo diversos países, inclusive o Brasil, que resultaram em avanços terapêuticos significativos.

Com a comprovação da eficácia desses quimioterápicos na cura da tuberculose, alcançada ao longo das décadas de 1950 e 1960, o tratamento passou a ser primordialmente ambulatorial, tornando desnecessária, em sua maioria, a internação do paciente. Como consequência, nas décadas seguintes foram, paulatinamente, sendo desativados os sanatórios e a grande maioria dos hospitais destinados à tuberculose, que passaram a atender a outras áreas da medicina ou mesmo alteraram seu setor de atuação.

Nos anos de 1970, intensificou-se a ação do Estado no controle da doença até alcançar sua completa monopolização na década seguinte. Foi criada, em 1970, a Divisão Nacional de Tuberculose, em substituição ao Serviço Nacional de Tuberculose. Essa década teve como marco fundamental para a tuberculose, o início da implementação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, contido no II Plano Nacional de Desenvolvimento.

A consolidação do uso dos antibióticos como terapêutica eficaz para o tratamento da tuberculose, ao lado das medidas profiláticas e da simplificação do diagnóstico, levou a uma mudança no perfil epidemiológico da doença com uma queda acentuada no índice de mortalidade. Essa alteração contribuiu para o estabelecimento de uma nova relação entre as pneumopatias, dando corpo à pneumologia. Nesse sentido, em 1976, a Divisão Nacional de Tuberculose transformou-se em Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, passando a se ocupar não só da tuberculose como de outras pneumopatias consideradas de interesse da Saúde Pública.

O período mais recente, a partir do início da década de 1980 (ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000), parece não ter sido menos pródigo na produção de conteúdos significativos distintivos da enfermidade. O surgimento da AIDS promoveu

rapidamente uma profunda modificação no panorama epidemiológico das doenças infecciosas em todo o globo e, em especial, sua associação com a tuberculose propiciou condições para o recrudescimento da mortalidade provocada pela moléstia. As condições favoráveis ao surgimento e disseminação de cepas de *M. tuberculosis* resistentes às drogas aplicadas em sua terapêutica passaram a dificultar o controle da doença. A consolidação de grandes centros urbanos, em todas as regiões do país, reforçou antigas preocupações ante a associação da enfermidade com a privação e a iniquidade social, com os movimentos migratórios, com as precárias condições de habitação nas cidades e com a baixa efetividade dos programas de assistência e controle.

Em 1986, foi criado o Centro de Referência Hélio Fraga, em Curicica, RJ, com a finalidade de dar suporte técnico-científico à Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária e à Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Com a extinção da Campanha e a transformação da DNPS em Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, subordinada à Fundação Nacional de Saúde, em 1990, o Centro de Referência passou a assumir parte das atribuições da CNCT. Entre elas, a responsabilidade pelos cursos de especialização e a incorporação dos funcionários que anteriormente estavam lotados na Campanha.

A projeção da tuberculose no Brasil ao longo do século XX caracteriza-se por modificações tão profundas, que quase se poderia dizer não existir uma única figura nosológica para descrever a doença. A tuberculose, se analisada quanto a seu comportamento na comunidade, é hoje uma doença diferente daquela conhecida há pouco mais de cinquenta anos. Seu diagnóstico ganhou recursos tecnológicos; seu tratamento passou a implicar prescrições diferentes; modificou-se o perfil da população por ela afetada. O risco de contágio também se alterou, a possibilidade de cura tornou-se efetiva e até as metáforas associadas à doença foram renovadas. É interessante notar que a transição da tuberculose entre seus diferentes perfis acompanhou de perto as mudanças de atitudes das políticas governamentais de combate à enfermidade, bem como as modificações nas formas sociais de representação da doença.

Para caracterizar essas mutações, a análise epidemiológica fornece importantes indicações. Essa tarefa, contudo, é dificultada pelo reduzido número de estudos nessa área e pela insuficiência de dados com abrangência nacional,

situação que está sendo alterada nesta primeira década do século XXI (Ministério da saúde, 2004).

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado mediante a execução de uma pesquisa bibliográfica e documental. No primeiro caso utilizou-se de fontes secundárias, as quais possibilitaram uma revisão da literatura sobre a temática objeto da pesquisa; no segundo, porque os dados empíricos foram levantados em fontes primárias, documentos, nas Fichas de Notificação/Investigação da Tuberculose, padronizada pelo SINAN (existente nos arquivos), da Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral, localizada no bairro Cidade Nova, no município de Aracaju, Sergipe/Brasil. Um estudo transversal, retrospectivo, com análise da prevalência e dos casos de tuberculose no bairro Cidade Nova, no período de 2005 a 2007.

Quanto à natureza da pesquisa foi utilizado um resumo de assunto, que segundo as Profas. Elaine Harada e Tayana Conte, é um tipo de pesquisa que dispensa a originalidade, mas não o rigor científico (HARADA, Elaine; Conte, Tayana, 2001).

Foi utilizada a pesquisa descritiva por possibilitar que os fatos fossem observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem a interferência das pesquisadoras o que permitiu a imparcialidade na coleta dos dados.

Quanto ao método de abordagem foi aplicada uma pesquisa quantitativa que , traduz em número as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas utilizando-se técnicas estatísticas (HARADA; CONTE, *op.cite.*, p.9).

Como amostragem a população alvo foi composta pelos pacientes portadores de tuberculose do bairro Cidade nova, devidamente cadastradas na UBS.

Como instrumentos foram utilizadas as fichas de investigação epidemiológica padronizadas pelo SINAN encontradas na Unidade Básica de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral. O SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), objetiva coletar, transmitir e disseminar os dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica da Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e preconiza a obrigatoriedade da notificação desse agravo. Regulamentação presente nas Normas Básicas do Sistema Único de Saúde –Ministério (NOB/SUS 1/96 e NOAS-SUS, Portaria nº 95/GM, de 26/01/2001 – Ministério da Saúde , 2001). Após a coleta desses dados, realizou-se os cálculos estatísticos e construção de tabelas e quadros

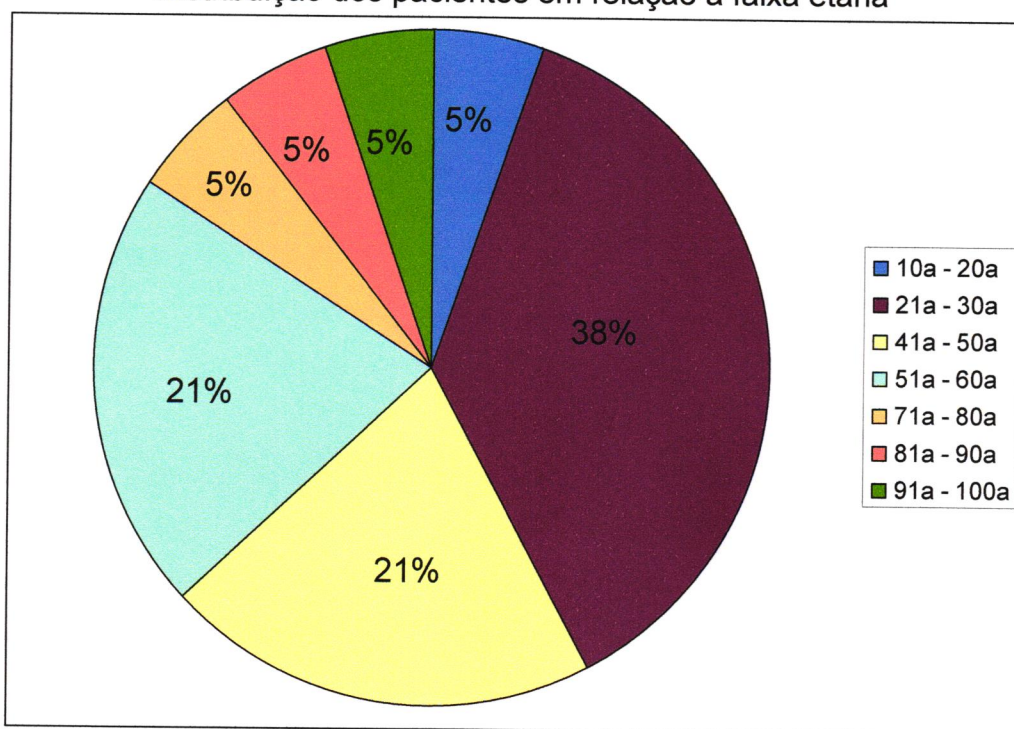
Posteriormente os dados foram analisados e os resultados obtidos sintetizados sendo posteriormente representados graficamente, utilizando-se o programa Excel.

4 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para a elaboração/construção do Perfil Epidemiológico da Tuberculose no bairro Cidade Nova, município de Aracaju/Sergipe, foram analisadas 19 fichas de Notificação/Investigação da Tuberculose, de pacientes da Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral, localizada no bairro objeto deste estudo, que iniciaram seus tratamentos no período compreendido entre 2005 a 2007.

A maioria dos pacientes notificados pertence ao sexo masculino (94,7%), distribuídos numa faixa etária que vai dos 17 aos 96 anos de idade, conforme o gráfico que se segue.

Gráfico 1
Distribuição dos pacientes em relação à faixa etária



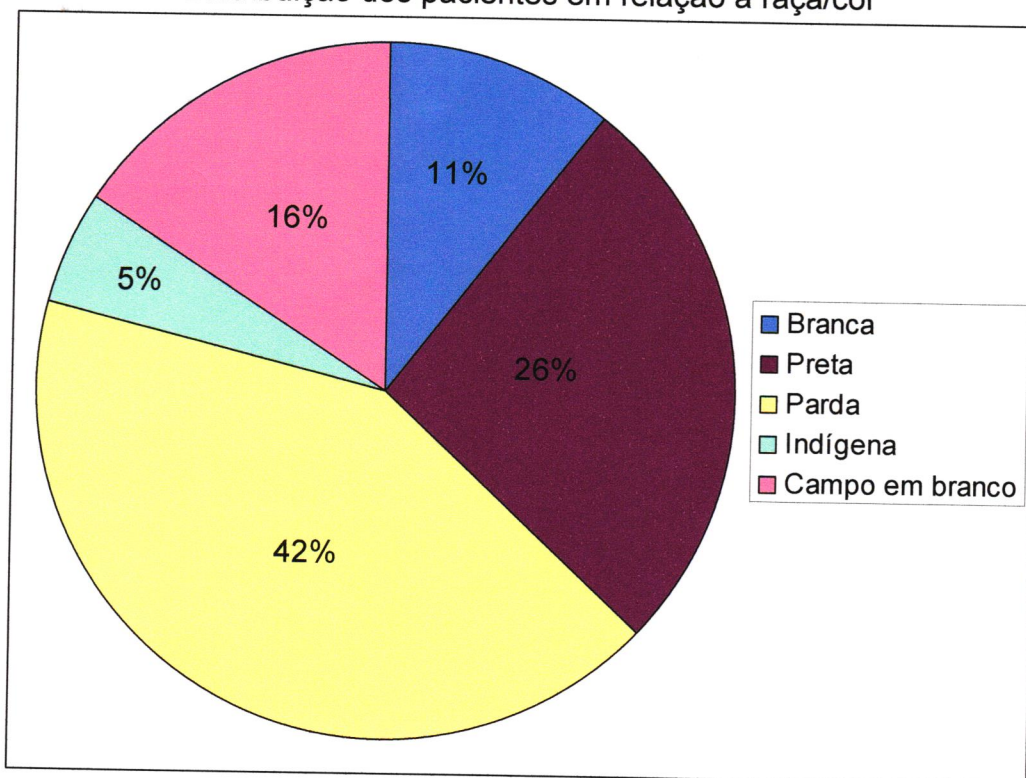
FONTE: Fichas de notificação/investigação da tuberculose, da Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral.

Assim, percebe-se que 57% dos casos registrados tem idade superior a 40 anos, o que demonstra a diminuição da resposta imunológica com o avançar da idade. 59% encontram-se na faixa etária economicamente ativa (21 a 51 anos), o que representa um achado negativo.

No tocante a raça/ cor dos pacientes, nota-se que apenas 10,5% dos casos registrados foram em indivíduos da raça branca. Os demais (73,7%) estão registrados foram em indivíduos da raça branca. Os demais (73,7%) estão

distribuídos entre negros, pardos e indígenas. É importante ressaltar que não houve caso na raça amarela e que três fichas encontravam-se com este campo em branco.

Gráfico 2
Distribuição dos pacientes em relação à raça/cor

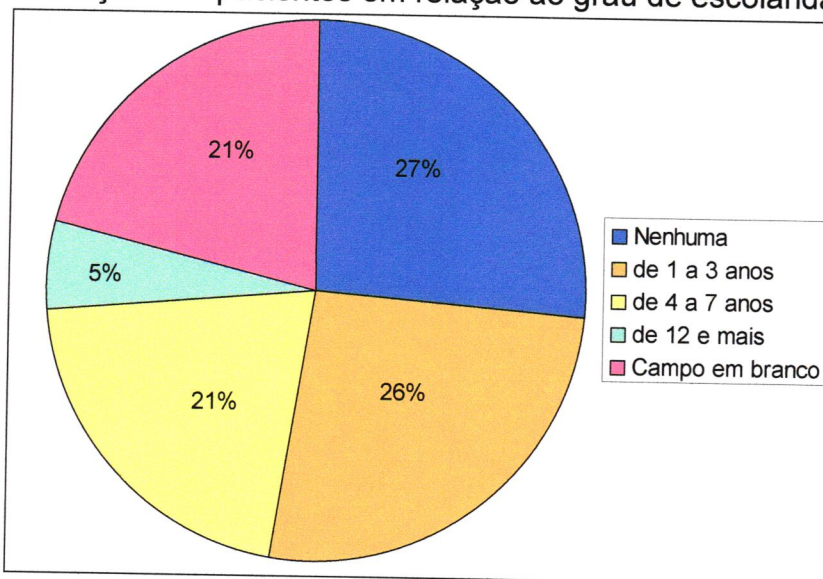


FONTE: fichas de notificação/investigação da tuberculose, da Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral.

Percebe-se, pelo gráfico a seguir, uma baixa incidência da educação formal, até porque a maioria dos casos refere-se a indivíduos com faixa etária mais avançada. A maioria dos casos registrados (56,6%) é de analfabetos ou indivíduos com escolaridade variando de um a três anos. Apenas um usuário teve uma escolaridade superior a 12 anos de estudo. Nesse campo, também encontrou-se quatro fichas sem o preenchimento.

Dados do Ministério da Saúde revelam que 75% dos casos de tuberculose ocorrem em pacientes com menos de sete anos de estudo, exatamente o que foi encontrado na pesquisa empírica, pois os pacientes têm um índice de escolaridade baixo.

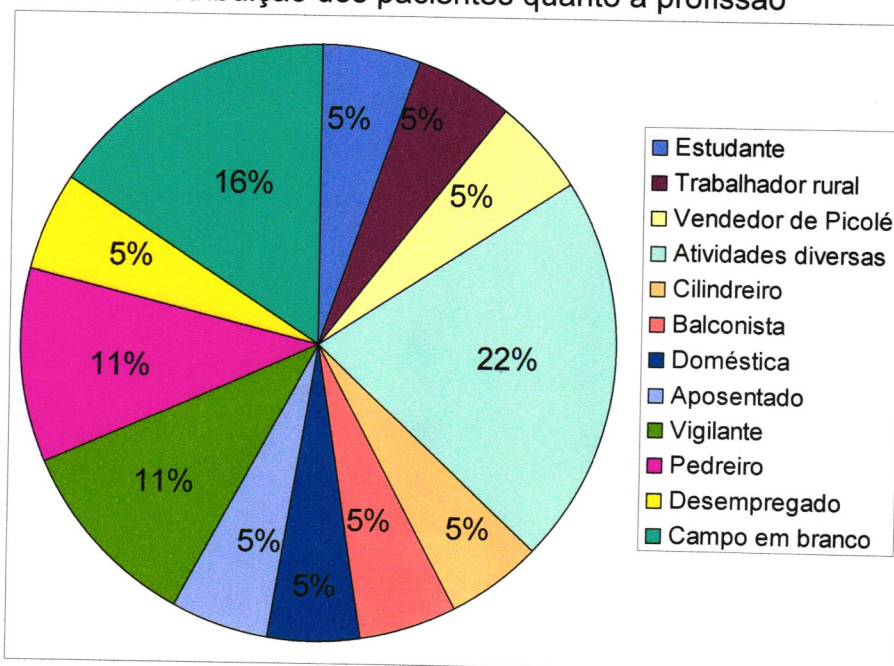
Gráfico 3
Distribuição dos pacientes em relação ao grau de escolaridade



FONTE: fichas de notificação/investigação da tuberculose, da Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral.

Todas as fichas analisadas afirmam que os pacientes residiam na zona urbana do bairro, desempenhando as mais variadas ocupações. Percebe-se que na maioria dos casos registrados os pacientes não têm emprego formal implicando em oscilação da renda familiar e precárias condições de trabalho. Também se observou três fichas com este campo sem preenchimento (22%).

Gráfico 4
Distribuição dos pacientes quanto à profissão



FONTE: Fichas de notificação/investigação da tuberculose, da Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral.

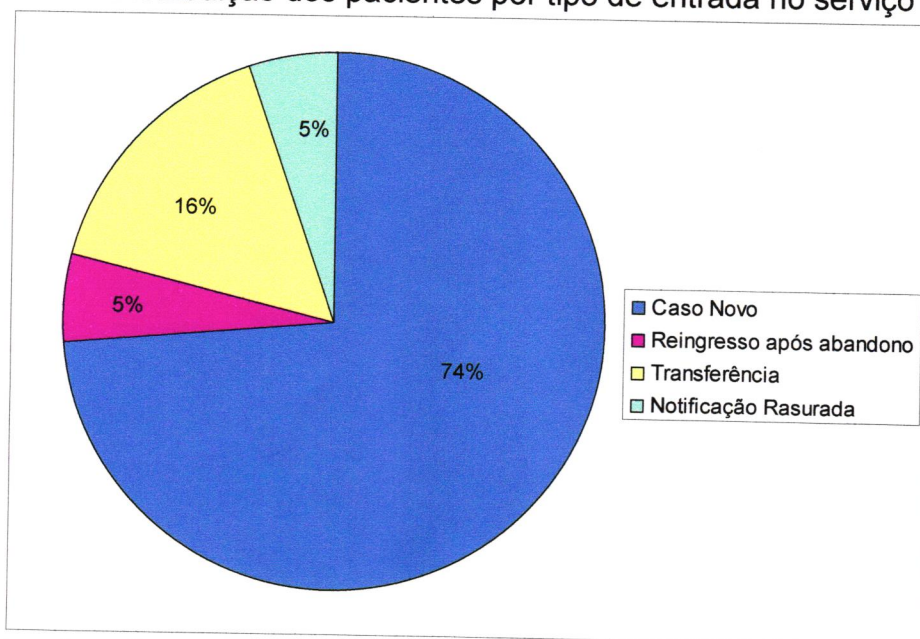
Observa-se, que historicamente a tuberculose sempre foi uma doença de determinação social, relacionada à condição de vida da população, habitação, alimentação e hábitos como o alcoolismo.

A prevalência é mais alta em condições de pobreza e superpopulação. A má alimentação, a falta de higiene, tabagismo, alcoolismo ou qualquer outro fator que gere baixa resistência orgânica, favorece o estabelecimento da doença.

Diante do que foi exposto nos gráficos anteriores, pode-se constatar a influência das condições sócio-econômicas no processo de adoecimento dos indivíduos. Bem como a confirmação local do panorama mundial da tuberculose de associação desta com a pobreza.

Em relação ao tipo de entrada no serviço 74% refere-se a casos novos que foram identificados na Unidade de Saúde. Houve um caso de reingresso após abandono de um jovem (23 anos), que pode-se atribuir às dificuldades de adaptação às restrições impostas pelo tratamento, como abandono aos hábitos de fumar e beber, entre outros. Também observa-se uma notificação rasurada na qual foram marcados dois itens, deixando dúvida se tratava de um caso novo ou de uma transferência; porém ao analisar outros dados da mesma ficha, subentende-se que se tratava de um caso novo.

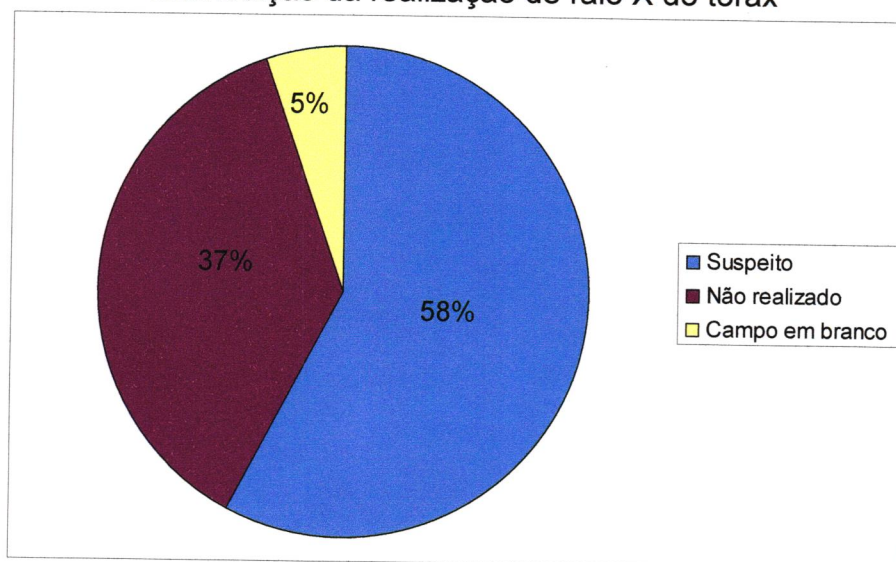
Gráfico 5
Distribuição dos pacientes por tipo de entrada no serviço



FONTE: Fichas de notificação/investigação da tuberculose, da Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral.

A análise dos dados clínicos demonstra que no tocante ao Raio X do Tórax, em 37% dos casos não foi realizado, mas nos demais, 58%, o exame foi realizado e diagnosticados todos os casos como suspeitos. Uma ficha de investigação apresentou este campo sem preenchimento. Quanto ao teste tuberculínico este não foi realizado em 12 pacientes conforme registro; porém nos outros sete não é possível afirmar, pois o campo se encontrava em branco, medida correta, tendo em vista a especificidade do teste ser indicada para inquéritos epidemiológicos em populações específicas (Ministério da Saúde 2006).

Gráfico 6
Distribuição da realização de raio X do tórax

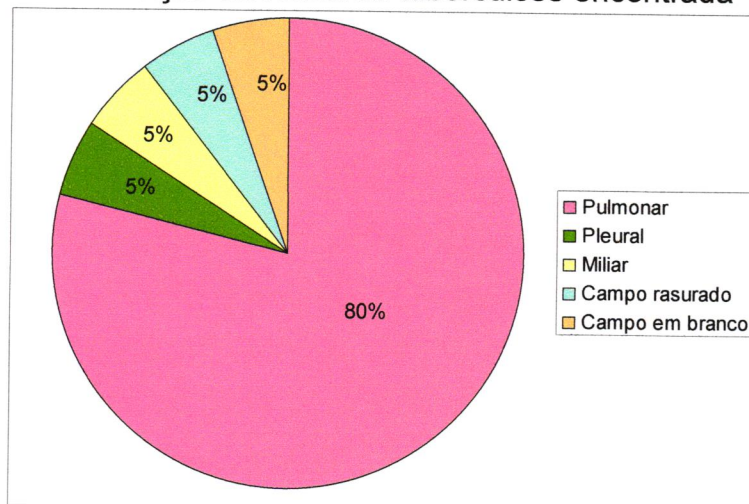


FONTE: Fichas de notificação/investigação da tuberculose, da Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral.

A forma de tuberculose mais encontrada foi a pulmonar correspondendo a 80% dos casos notificados; a extrapulmonar foi diagnosticada nos outros 15%. Estes se dividiram em pleural (5%), miliar (5%) e uma ficha que estava com o campo rasurado indicando duas formas extrapulmonares (cutânea e geniturinária – 5%). E um paciente a forma da tuberculose não foi identificada na ficha.

Conforme a própria literatura aponta, a maioria dos casos notificados referem-se à tuberculose pulmonar de fácil transmissão devido ao seu contágio pelo ar e rápida disseminação entre as populações de baixo nível socioeconômico que vivem aglomeradas em moradias insalubres com precárias condições de higiene.

Gráfico 7
Distribuição da forma de tuberculose encontrada



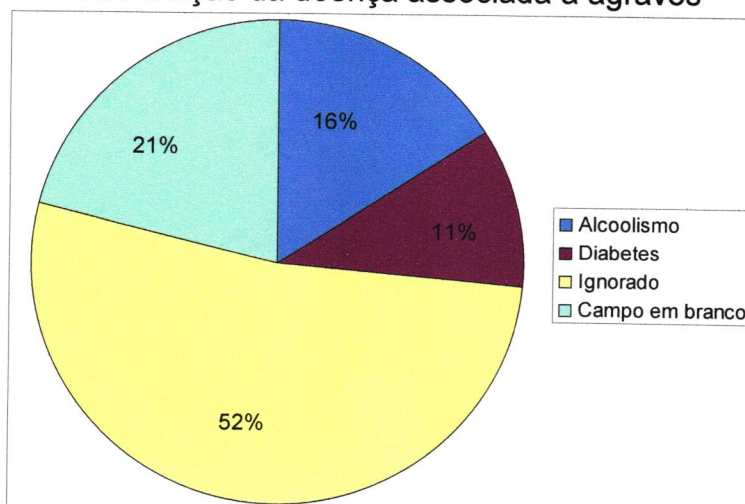
FONTE: fichas de notificação/investigação da tuberculose, da Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral.

Na maioria dos pacientes, 52%, os agravos são ignorados, não possibilitando encontrar qualquer relação com a patologia investigada. Apenas em 27% dos casos houve associação da tuberculose adquirida a comorbidades pré-existentes, o alcoolismo e a diabetes.

Em virtude da queda da imunidade do paciente portador de tuberculose podem estar associadas doenças como diabetes, pneumonia, câncer de pulmão, etc. O tabagismo e o alcoolismo elevam o risco de doenças infecto-contagiosas (27%).

No momento em que o portador do HIV se introduz numa comunidade onde vivem portadores de TB, pode adquirir a tuberculose.

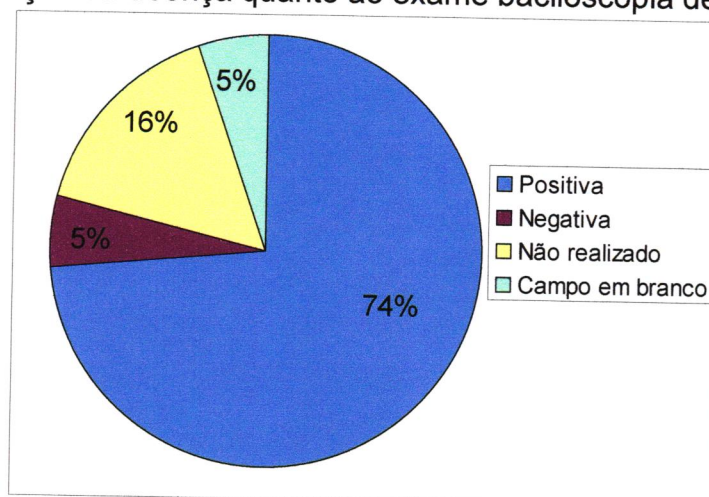
Gráfico 8
Distribuição da doença associada a agravos



FONTE: fichas de notificação/investigação da tuberculose, da Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral.

Os dados laboratoriais revelam que no tocante a baciloscopia de escarro em 74% dos casos seus resultados foram positivos; e negativos em apenas 5%, o que representa um caso de tuberculose miliar. Em 16% dos casos, o exame não foi realizado.

Gráfico 9
Distribuição da doença quanto ao exame baciloscopia de escarro



FONTE: fichas de notificação/investigação da tuberculose, da Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral.

Em sua totalidade, a cultura de escarro e a cultura de outro material não foram realizadas.

Relacionando a tuberculose com o HIV, percebe-se que ainda persiste o preconceito em relação à realização do exame. Isso foi comprovado pelo fato de que apenas 21,05% dos casos notificados fizeram a testagem sorológica; sendo um caso negativo e os demais estavam em andamento. Para modificar esse quadro, é necessário que os profissionais de saúde sensibilizem a população quanto à importância do diagnóstico precoce do HIV, devido à estreita relação dessas patologias, visto que se aproveitam da baixa resistência imunológica causada pelo HIV.

O tratamento dos pacientes de tuberculose vem sendo realizado na Unidade de Saúde, com drogas – rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol e estreptomicina. Observamos que o Esquema Terapêutico I, com as três primeiras drogas citadas, ainda é o mais utilizado com êxito na cura dos casos. Apenas em 10,5% foi necessário associar o etambutol a este esquema. Tratou-se de um reingresso por abandono e uma transferência, na qual o paciente já foi encaminhado à unidade com o tratamento pré-definido.

O abandono do tratamento é outro agravante da situação que, além de perpetuar a cadeia de transmissão da doença, favorece o aparecimento da resistência medicamentosa e da multidrogarresistência, acarretando a necessidade de tratamentos mais onerosos e menos eficazes.

O tratamento supervisionado foi registrado em 68,4% dos casos. Apenas 5% dos casos não se utilizaram deste recurso. Os demais 26,3% referiram-se às notificações com campo sem ser preenchido.

Em 95% das fichas não houve relação da tuberculose com o trabalho realizado. Em 5% delas, o campo encontrava-se em branco.

Levando em consideração que o número de casos de tuberculose também é um dos fatores que determinam o grau de pobreza de um país nota-se mediante a análise dos resultados obtidos, que o bairro Cidade Nova apresenta uma condição sócio-econômica abaixo dos níveis exigidos para a cidadania, o que certamente tem contribuído para o aumento, no bairro, de casos de tuberculose.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Registrou-se no bairro Cidade Nova em Aracaju, município de Sergipe/Brasil, entre 2005 e 2007, na área de abrangência da Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral, 19 casos de tuberculose cujos pacientes foram investigados e devidamente acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família.

As taxas de incidência mais elevadas foram encontradas no grupo de faixa etária superior a 40 anos.

A faixa etária com maior número de casos, 59%, encontra-se no grupo de 21 a 51 anos, com predomínio para o sexo masculino. Não foram registrados casos com idade < 15 anos.

O estudo identifica uma população de pacientes que pertence a uma classe social desfavorável, destacando os fatores sociais como determinante principal associado à ocorrência da doença.

Na análise tuberculose/comorbidades associadas encontrou-se relação da maioria dos casos com alcoolismo e diabetes.

Com relação à infecção Tuberculose/AIDS, não houve registro de casos, e a pesquisa sorológica para HIV só foi ofertada para 21,05% da população estudada contrariando as normas do Ministério da Saúde que preconiza 100% de oferta de testagem.

Frente à gravidade da situação mundial e à permanência, em nível preocupante, da epidemia de tuberculose em nosso meio, o país, desde muito, vem sistematicamente tomando apropriadas iniciativas para combater a doença. Basta referir que desde meados da década de 60, o Ministério da Saúde padronizou e passou a distribuir, gratuitamente, em nível nacional, as drogas que integravam os esquemas terapêuticos de maior eficácia daquela época. No final dos anos setenta com os avanços da quimioterapia da tuberculose o Brasil substituiu os antigos esquemas prolongados pelos novos de curta duração que incluíam rifampicina, isoniazida e pirazinamida, os quais, como os anteriores, são, até os dias de hoje, também distribuídos gratuitamente.

Desde que a OMS, em 1993, declarou a tuberculose em estado de emergência mundial, o Brasil sinalizou, com marcos pontuais, sua posição frente às novas perspectivas do problema. Destacaram-se: o lançamento do Plano

Emergencial, em 1994, que priorizou 230 municípios onde se concentra a maioria dos casos; o desenvolvimento do Centro de Excelência de Controle à Tuberculose, em 1999; e recentemente, em 2001, o Plano Nacional de Mobilização para eliminação da hanseníase e controle da tuberculose.

Muito já foi feito e muito ainda há de se fazer. Políticas públicas que possam efetivamente melhorar a qualidade de vida da população têm repercussões positivas no controle da tuberculose. No entanto, para os órgãos responsáveis pela saúde pública do país é necessário e prioritário a imediata melhoria das ações de busca de casos, tratamento e prevenção, bem como das atividades de promoção da saúde.

Em um país de alta prevalência como o nosso, do ponto de vista da biossegurança, as ações para o diagnóstico precoce dos casos, e seu efetivo tratamento, interessam a todos os profissionais de saúde, em particular àqueles que trabalham em grandes hospitais ou serviços de emergência. Estas unidades de saúde, funcionando como grandes portas de entrada, têm em sua demanda um número representativo de pacientes com tuberculose que, antes de seu diagnóstico, circulam por suas dependências. Ocorre que, na maioria das vezes, estas unidades não têm implantadas medidas para o diagnóstico precoce e o correto manuseio destes casos, que atendam às necessidades de isolamento e cuidados de biossegurança.

Os dados obtidos dos casos de tuberculose no bairro Cidade Nova, demonstram a necessidade urgente de que seja feito um trabalho na comunidade e em seu entorno, bairros circunvizinhos, tendo em vista conseguir um diagnóstico precoce da doença em seus habitantes. Neste aspecto reside a principal dificuldade para a prevenção e o controle da doença. As Campanhas educativas que são realizadas pelo Governo Federal são e serão infrutíferas se não forem sustentadas pelo planejamento e execução politicamente correta, de políticas públicas que de fato privilegiem as comunidades mais suscetíveis a contraírem a doença.

Apesar da falhas existentes no Sistema Local de Informação, os dados existentes nas segundas vias das fichas de investigação da Unidade Básica de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral, que levaram a algumas limitações no estudo, reforça o valor do registro e a vigilância da doença para identificar a população de risco e as características dos casos. Desperta para a utilização adequada do sistema de informação, possibilitando a análise da incidência real de casos para subsidiar a tomada de decisão com vistas a uma intervenção apropriada.

Para um controle eficaz da doença, faz-se necessária a sustentação de atividades de prevenção e controle. Em particular, é preciso prover a assistência à saúde, assegurando o tratamento com sucesso. Valorizar a Investigação/Notificação e fazer uso científico dos dados.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Maria Thereza C. G. do. **A pesquisa teórica e a homeopatia**. [s.l]. 2003. Disponível em: <
[http://www.homeopatiaveterinaria.com.br/aulassobrepesquisa.ppt#256,1,A_pesquisa](http://www.homeopatiaveterinaria.com.br/aulassobrepesquisa.ppt#256,1,A_pesquisa_teórica_e_a_Homeopatia)
teórica e a Homeopatia> Acesso em :29 setembro 2007.
- ARAÚJO, Cyntia de Oliveira. **PRÁTICA HOSPITALAR. No dia mundial da tuberculose especialistas refletem sobre a situação da doença no país.** São Paulo: março-abril 2003. Disponível em: <
<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2044/materia%2021-44.html>>. Acesso em :29 setembro 2007.
- BARROSO, Wanir José. **RAMPA MÉDICA-ARTIGOS. Time.Bomb-A Tuberculose de hoje!** Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <
http://www.rampadeacesso.com/medicina/artigos/wani_tuberculose_hoje.htm>. Acesso em: 29 setembro 2007.
- BASTA, Paulo César. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200023&script=sci_arttext> Acesso em: 29 setembro 2007.
- BOA SAÚDE. **Conhecendo a tuberculose:** primeira parte, segunda parte e terceira parte. Disponível em:
 < <http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=2790&ReturnCatID=487>>
 Acesso em: 29 setembro 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Controle da tuberculose. Uma proposta de integração ensino-serviço.** 5. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002 a.

_____. **Manual técnico para controle da tuberculose.** Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº148,6. ed.Brasília,2002 b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo. **Manual de condutas médicas.** São Paulo, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para controle da tuberculose.** Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº148, Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Missão internacional vem ao Brasil conhecer ações contra tuberculose.** 2006. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=23825>. Acesso em: 29 setembro 2007.

CIPA-ARTIGOS. **Doenças infecciosas relacionadas com o trabalho.** São Paulo. Disponível em:
<<http://www.wlad.com.br/sites/cipa/artigos/doencatrabalho01.html#TUBERCULOSE>>
. Acesso em: 29 setembro 2007.

COLEÇÃO BOAS PRÁTICAS DA ONUSIDA. **A tuberculose e a SIDA.** Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA 1997. Disponível em: <
http://www.onu-brasil.org.br/doc/5_A%20tuberculose%20e%20o%20SIDA.pdf>.
Acesso em: 29 setembro 2007.

CURSO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO FÍSICA.Universidade de Brasília.**Métodos e técnicas de pesquisa:tipos de pesquisa e técnicas de investigação científica.** Brasília. Disponível em:<
[http://www.unb.br/fef/downloads/dulce/metodos_e_tecnicas_de_pesquisa.ppt#256,1,Métodos e técnicas de pesquisa: tipos de pesquisa e técnicas de investigação científica](http://www.unb.br/fef/downloads/dulce/metodos_e_tecnicas_de_pesquisa.ppt#256,1,Métodos_e_técnicas_de_pesquisa:_tipos_de_pesquisa_e_técnicas_de_investigação_científica)> Acesso em: 28 se setembro de 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro de Referência Prof. Hélio Braga. **Memória da tuberculose.** Disponível em: <[http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose/ index.htm](http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose/index.htm)>.

GOLDIM, José Roberto. **Delineamento de pesquisa**. [sl]. 2001. Disponível em:<
<http://www.ufrgs.br/bioetica/delinea.ppt#256>>. Acesso em: 29 setembro 2007.

HARADA, Elaine; Conte, Tayana. **Pesquisa Científica: Metodologia Científica da Ciência da Computação**. Universidade Federal do Amazonas. Amazonas, 2001. Disponível em: <http://www.dcc.ufam.edu.br/~elaine/MCCC05_2004.ppt> Acesso em: 28 de setembro 2007.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Guia para o diagnóstico, tratamento e prevenção da tuberculose**. São Paulo, 2006. Disponível em:<
http://urutu.hcnet.usp.br/publicacoes/manual_tuberculose_2006.pdf>. Acesso em: 28 de setembro 2007.

IATROS, Estatística e Pesquisa para Profissionais de Saúde.[sl]. Disponível em:<
<http://www.vademecum.com.br/iatros/textos.htm>>. Acesso em: 28 de setembro de 2007.

LUNA, Expedito. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**.Ministério da Saúde,2003. Disponível em:<
[file:///C:/Documents%20and%20Settings/Telma/Meus%20documentos/Reorganiza%E7%E3o%20do%20Programa%20Nacional%20de%20Controle%20da%20Tuberculose Setembro 2003](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Telma/Meus%20documentos/Reorganiza%E7%E3o%20do%20Programa%20Nacional%20de%20Controle%20da%20Tuberculose%20Setembro%202003)>. Acesso em: 28 de setembro 2007.

MANUAL Merck de Medicina: diagnóstico e tratamento. Editado por Robert Berkow. 15.ed. São Paulo: Roca, 1989.

REDE ESCOLA. **A História da Tuberculose**. [sl]. Disponível em:<
http://www.medio.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=388&Itemid=71>. Acesso em: 28 de setembro 2007.

VERONESI, R; Focaccia, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Atheneu,2004.

WIKIPÉDIA. A Enciclopédia Livre. [s.l]. Disponível em:<
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Pesquisa>> Acesso em: 28 se setembro de 2007.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Tabulação dos dados⁵

DADOS GERAIS

SEXO	QUANTITATIVO
Masculino	18
Feminino	1

IDADE	QUANTITATIVO
10 – 20	01
21 – 30	07
31 -40	0
41 -50	04
51 – 60	04
61 – 70	0
71 – 80	01
81 – 90	01
91 - 100	01

COR	QUANTITATIVO
Preta	05
Parda	08
Branca	02
Indígena	01
Campo em branco	03

⁵ Dados encontrados nas fichas dos pacientes portadores de tuberculose, do bairro Cidade Nova, levantados pela Unidade de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral”, no período de 2005 a 2007.

ESCOLARIDADE	QUANTITATIVO
Nenhuma	05
1 a 3 anos	05
4 a 7 anos	04
8 a 11 anos	0
De 12 e mais	01
Campo em branco	04

LOCALIZAÇÃO/ZONA	QUANTITATIVO
Urbana	19
Rural	0

PROFISSÃO	QUANTITATIVO
Cilindreiro	01
Balconista	01
Atividades diversos	04
Trabalhador rural	01
Estudante	01
Vigilante	02
Aposentado	01
Desempregado	01
Doméstica	01
Pedreiro	02
Vendedor de Picolé	01
Campo em branco	03

TIPO DE ENTRADA NO SERVIÇO	QUANTITATIVO
Caso novo	14
Transferência	03
Reingresso após abandono	01
Notificação rasurada	01

DADOS CLÍNICOS

RAIO X DO TORAX	QUANTITATIVO
Suspeito	11
Não realizado	07
Campo em branco	01

TESTE TUBERCULINO	QUANTITATIVO
Não realizado	12
Campo em branco	07

FORMA	QUANTITATIVO
Pulmonar	15
Extrapulmonar	03
Campo em branco	01

AGRAVOS ASSOCIADOS	QUANTITATIVO
Alcoolismo	06
Doença mental	0
Diabetes	02
Ignorado	03
Outros	02
Campo em branco	07

DADOS DO LABORATÓRIO

BACILOSCOPIA DE ESCARRO	QUANTITATIVO
Positiva	13
Negativa	01
Não realizado	04
Campo em branco	01

BACILOSCOPIA DE OUTRO MATERIAL	QUANTITATIVO
Positiva	01
Não realizada	18

CULTURA DE ESCARRO	QUANTITATIVO
Não realizada	19

CULTURA DE ESCARRO DE OUTRO MATERIAL	QUANTITATIVO
Não realizada	19

HIV	QUANTITATIVO
Negativo	01
Em andamento	03
Não realizado	13
Campo em branco	02

HISTOPATOLOGIA	QUANTITATIVO
Sugestivo de TB	01
Não realizado	18

TRATAMENTO

DROGAS	QUANTITATIVO
Esquema I	17
Esquema I + Etambutol	02

TRATAMENTO SUPERVISIONADO	QUANTITATIVO
Sim	09
Não	0
Campo em branco	05

ANEXOS

TUBERCULOSE PULMONAR: Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta e/ou cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose.
TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para M. tuberculosis de material proveniente de localização extrapulmonar.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	TUBERCULOSE		3 Código (CID10) A16.9
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarala 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
Dados Complementares do Caso	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Nº do Prontuário	32 Ocupação		
Antecedentes Epidemiológicos	33 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência	34 Institucionalizado 1 - Não 2 - Presídio 3 - Asilo 4 - Orfanato 5 - Hospital Psiquiátrico 6 - Outro 9 - Ignorado		
	35 Raio X do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado	36 Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado		
Dados Clínicos	37 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar	38 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra		
	39 Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Aids ☐ Alcoolismo ☐ Diabetes ☐ Doença Mental ☐ Outras ☐		
Dados do Laboratório	40 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) 1ª amostra ☐ 2ª amostra ☐ 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada	41 Baciloscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada	42 Cultura de Escarro 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	
	43 Cultura de Outro Material 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	44 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado	45 Histopatologia 1 - Baar Positivo 4 - Em Andamento 2 - Sugestivo de TB 5 - Não Realizado 3 - Não Sugestivo de TB	
	46 Data de Início do Tratamento Atual	47 Drogas 1 - Sim 2 - Não Rifampicina ☐ Isoniazida ☐ Pirazinamida ☐ Etionamida ☐ Etambutol ☐ Estreptomicina ☐ Outras ☐	48 Indicado para Tratamento Supervisionado (TS/DOIS)? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tratamento	49 Número de Contatos Registrados	50 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	Investigador	Município/Unidade de Saúde		
Investigador	Nome	Função	Assinatura	
	Tuberculose	Sinan NET	SVS 18/05/2006	

A Ilm. Diretora da Unidade Básica de Saúde José Quintiliano da Fonseca Sobral

TERMO DE ANUÊNCIA

Nós, Telma Lúcia Matos Sousa e Mônica Verena Torres Moraes Bouzon, médica e enfermeira respectivamente, alunas do Curso de Pós-Graduação em "Gestão em Saúde Pública e da Família da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe-FANESE, estamos conduzindo um estudo sobre o "Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Bairro Cidade Nova em Aracaju", como pré-requisito para a obtenção do título de Especialista.

Esta Unidade foi selecionada de maneira intencional. Ao final desse estudo poderemos contribuir para uma melhoria da qualidade de saúde e também promover a detecção precoce dos pacientes portadores de tuberculose.

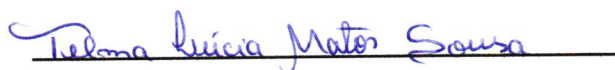
Temos como proposta, nesta avaliação minimizar qualquer incômodo aos servidores, visto que os dados coletados são secundários, previamente registrados no banco de dados.

Nenhuma informação será manipulada ou divulgada, a não ser como proposta de contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde do Município.

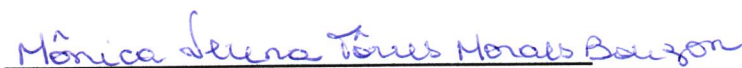
Oportunamente, solicito livre acesso para o contato com o setor responsável para o desenvolvimento do estudo, assim como permissão aos dados secundários.

Antecipadamente agradeço!

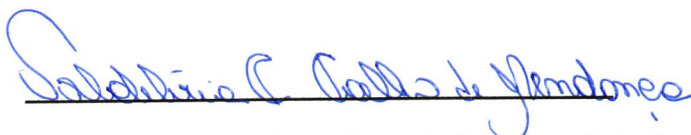
Aracaju, 02 de junho de 2008



Telma Lúcia Matos Sousa



Mônica Verena Torres Moraes Bouzon



Diretora da UBS José Quintiliano da Fonseca Sobral