

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB, NO PERÍODO DE 2012 A 2016

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS IN THE MUNICIPALITY OF CAJAZEIRAS-PB, BETWEEN 2012 AND 2016

Henrique Moreira dos Santos¹
Aristófanés Guglielmo Farias Ribeiro²
Ankilma do Nascimento Andrade³
Cícera Amanda Mota Seabra⁴

RESUMO: **Objetivo:** traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes de tuberculose no município de Cajazeiras-PB no período de 2012 a 2016. **Metodologia:** trata-se de um estudo epidemiológico transversal, exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada por meio de dados oficiais disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, acerca dos casos de tuberculose notificados entre o período de 2012 a 2016, no município de Cajazeiras - PB. **Resultados:** os dados foram analisados no SPSS (versão 25). Além de estatísticas descritas de frequência relativa e absoluta. Como teste de associação adotou-se o Qui-quadrado de Pearson com correção de Yates. O parâmetro de significância estatística aceita foi de $p < 0,05$. **Discussão:** a tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa grave, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que acomete a humanidade há séculos. No Brasil, a doença acomete, principalmente, o sexo masculino e a associação medicamentosa adequada e o uso correto das doses sob a supervisão médica por tempo suficiente são os meios para se evitar a persistência bacteriana e o

¹ Acadêmico do Curso de Bacharelado em Medicina da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - PB. email: moreirahenrique@hotmail.com.

² Médico graduado na Universidade Federal de Campina Grande - PB (2004). Especialista pela SBMFC/AMB em Medicina de Família e Comunidade. Especialista em epidemiologia pela UFG, pós-graduado em Medicina do Trabalho pela Universidade Estácio de Sá. Especialista pela ANAMT/AMB em Medicina do Trabalho. Pós Graduado em Docência do Ensino Superior FSM-PB. Docente do Curso de Medicina da FSM-PB. Perito Médico Federal.

³ Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Mestre (2010) e Licenciatura (2009) em Enfermagem Pela Universidade Federal da Paraíba. Enfermeira pela Faculdade Santa Emília de Rodat, João Pessoa - PB (2005). Docente dos cursos de Medicina e Enfermagem da Faculdade Santa Maria - PB.

⁴ Médica em Saúde da Família e Comunidade. Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande - PB (2008). Docente do Curso de Medicina da Faculdade Santa Maria - PB.

desenvolvimento da resistência às drogas, assegurando assim a cura do paciente. **Conclusão:** em suma, na discussão foi possível traçar o perfil epidemiológico dos portadores de tuberculose no Município de Cajazeiras-PB, destacando-se que a doença ocorre com maior frequência no sexo masculino, compreendendo a faixa etária de 30 a 39 anos, pardos, que residem na zona urbana. Houve predominância da forma pulmonar da TB. E, dentre os agravos associados, o uso de álcool mostrou-se com maior relevância. A presente pesquisa, através do estudo desse perfil epidemiológico, visou contribuir para fortalecimento dos serviços em saúde pública, confrontando com outros estudos, buscando maior controle e prevenção da doença.

Descritores: Epidemiologia, Infecção, Tuberculose.

ABSTRACT: Objective: to describe the clinical and epidemiological profile of tuberculosis patients in the municipality of Cajazeiras-PB between 2012 and 2016. **Methodology:** this is a cross-sectional, exploratory-descriptive epidemiological study with a quantitative approach. The research was conducted through the available data on the Information System of Notification Diseases (SINAN) of the Ministry of Health, on cases of tuberculosis reported between the period of 2012 to 2016, in the municipality of Cajazeiras - PB. **Results:** The data were verified in SPSS (version 25). In addition to his actions of relative and absolute dance. As a combination test adopted the Pearson Chi-square with Yates correction. The significance parameter was accepted at $p < 0.05$. **Discussion:** Tuberculosis (TB) is a serious infectious disease called *Mycobacterium tuberculosis*, which affects mankind for centuries. In Brazil, the disease affects mainly males and the combination of drugs and the correct use of doses under medical supervision for long enough is the better way to get the cure of the patients. **Conclusion:** The research was carried out within the epidemiological profile of patients with tuberculosis in the municipality of Cajazeiras-PB, highlighting the presence of a disease with a higher frequency in males which reside in the urban area. There was predominance of the pulmonary form of TB, and the associated injuries, the use of alcohol with greater relevance. The present epidemiological study aims to contribute to the strengthening of public health services, comparing other studies, seeking greater control and prevention of the disease.

Keywords: Epidemiology; Infection; Tuberculosis.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica ocasionada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo anaeróbico obrigatório e álcool-ácido resistente, que acomete a humanidade desde os primórdios da história. Hoje, ela se manifesta como um dos problemas de saúde que mais tem preocupado as autoridades sanitárias de todo o mundo. É uma das principais causas de morbimortalidade, atingindo as mais variadas faixas etárias e níveis sociais, predominando no sexo masculino (RUFFINO-NETTO, 2001; FIUZA; HIJAR, 2015).

Há diferenças quanto à distribuição da TB no mundo, Conde (2009) relata que 21% dos indivíduos dos países desenvolvidos são infectados, e 79% nos países em desenvolvimento. O mesmo autor ainda refere outro dado importante quanto à distribuição segundo faixa etária, prevalecendo os indivíduos acima de 50 anos nos países desenvolvidos, em contrapartida, há 80% entre 15 e 59 anos nos países em desenvolvimento, ou seja, dentro do espectro da classe produtiva da nação. Dos 8 milhões de casos novos, 5% se estabelecem nos países mais desenvolvidos e 95% nos que estão em desenvolvimento (RUFFINO-NETTO, 2001).

A tuberculose apresenta maior incidência em países em desenvolvimento, fato este corroborado por vários determinantes sociais, como baixa renda familiar, famílias numerosas, habitações e saneamento precários, baixo nível nutricional, alcoolismo, entre outros (MASCARENHAS; ARAÚJO; GOMES 2005). O Brasil, junto com outras 22 nações, abrangem 80% dos casos de casos no mundo, estando o Brasil em 16º nessa escala, em número absoluto de ocorrências (CASTELO FILHO *et al.*, 2004).

Nos últimos dez anos, a incidência de casos de tuberculose no Brasil reduziu 13,2%, passando de 38,7 casos/100 mil habitantes em 2006 para 33,6 casos/100 mil habitantes em 2015. Já a taxa de mortalidade chegou a 2,2 óbitos para cada 100 mil habitantes, em 2015, contra 2,6 registrados em 2004. Em relação ao número de casos novos, a redução nos últimos nove anos foi de 4,8% (BRASIL, 2014). A

tuberculose foi alvo do sexto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que teve como estratégia a redução em 50% da taxa de incidência e mortalidade em 2015. Os planejamentos pactuados pelo Brasil para atingir este ODM foram: garantir 85% de cura dos casos de tuberculose, 70% de diagnóstico de casos novos e diminuição do abandono do tratamento em menos de 5% (SANTOS *et al.*, 2012; BRASIL, 2014).

O Brasil conseguiu alcançar a meta de diminuir a incidência: o número de casos novos por 100.000 habitantes caiu de 51,8, em 1990, para 37,6, em 2010. Assim, o Brasil antecipou em 05 anos o cumprimento da meta dos ODM, que era reduzir pela metade os óbitos pela TB entre 1990 e 2015. O Brasil avançou muito em relação ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e firmou o caminho para cumprir as metas até 2015. O desempenho brasileiro só foi possível em função da participação social e de uma série de políticas públicas colocadas em curso nos últimos anos que trouxeram impactos positivos sobre os ODM.

Por se tratar de uma doença complexa e de difícil controle, vários estudos e pesquisas são feitas em todo mundo, visto que a TB é uma enfermidade de possível prevenção e curável, mas ainda configura como um desafio na esfera da saúde pública. No Brasil, observa-se que o diagnóstico é realizado com eficácia, no entanto, a taxa de cura ainda não atingiu o percentual resolutivo para a doença, dado preocupante, já que muitas vezes ocorre como consequência do abandono do tratamento e de outros fatores associados, o que exige das políticas públicas competentes estratégias de planejamento, objetivando sanar esse problema (CHIRINOS; NARDA; BETINA, 2011).

Em 2014 foram confirmados no Brasil 85.033 casos, segundo o ano de notificação, destes 1.326 são casos notificados na Paraíba. A situação epidemiológica da tuberculose na Paraíba coloca a doença em quadro alarmante no estado, visto que em 2013 apresentou uma taxa de incidência de 28/100.000 habitantes (PARAIBA, 2015).

Assim, esta pesquisa se justifica no desejo de se ter o conhecimento sobre o perfil epidemiológico dos pacientes com tuberculose no município de Cajazeiras-PB, elencando os fatores associados à doença que contribuam para este perfil,

facilitando o planejamento de ações em saúde pública que auxiliem no controle da TB e suas implicações.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. Pereira (2005) define estudo transversal como tipo em que as medições são realizadas em um único momento, atentando para a descrição das características de uma população frente a determinadas variáveis e seus padrões de abrangência e acontecimento, partindo de fontes primárias ou secundárias.

Para chegar ao objetivo desse estudo foram analisadas as variáveis: sexo, faixa etária, zona de residência, forma de manifestação da TB, gestante, tipo de entrada, realização de testes de sensibilidade e molecular rápido, agravos, escolaridade, realização do tratamento diretamente observado e desfecho dos casos. No município de Cajazeiras-PB foram notificados um total de 140 casos de tuberculose, entre o período de 2012 a 2016. Distribuídos ano a ano, temos que em 2012 foram notificados 23 casos de TB; em 2013, 20 casos; 2014, 27 casos; 2015 teve 27 casos também, seguido de 2016 com 43 casos.

Diante disso, definiu-se como questão norteadora: qual o perfil epidemiológico desses pacientes com tuberculose?

A pesquisa foi conduzida nos meses de dezembro de 2018 à fevereiro de 2019, o cenário do estudo foi o município de Cajazeiras-PB, por meio de dados oficiais disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, acerca dos casos de tuberculose notificados entre no período de 2012 a 2016 na cidade. Os critérios de inclusão adotados foram: casos de TB que tenham sido notificados no SINAN neste período. Foi utilizado um questionário constando as variáveis em análise (sexo, idade, raça, escolaridade, entre outros) que foi preenchido de acordo com os dados coletados nas fichas de notificação, na Secretaria de Saúde do município de Cajazeiras-PB. As fichas são de caráter

individual, sem identificação, para melhor estratificação dos resultados em relação aos objetivos de estudo.

Em seguida, os dados foram analisados no SPSS (versão 25), sendo as estatísticas descritas em frequência relativa e absoluta. Como teste de associação adotou-se o Qui-quadrado de Pearson com correção de Yates, sendo o parâmetro de significância estatística aceita de $p < 0,05$.

A análise dos resultados encontrados foi realizada através da comparação com outros estudos pertinentes ao objetivo da pesquisa sempre se buscando grau comparativo com os resultados obtidos, bem como na literatura. Ao final, foi realizada uma discussão dos resultados obtidos, a fim de sublinhar as implicações, que resultaram na conclusão da pesquisa.

RESULTADOS

A tabela 01 mostra que, proporcionalmente, a escolaridade mais prevalente é 1ª a 4ª série incompleta e a idade é entre 30 e 39 anos. Especificamente para a idade, o ano de 2016 foi uma exceção, pois verificou-se mais pessoas entre 20 e 29 anos e entre 40 a 49 anos.

Tabela 01 - Descrição da escolaridade e da idade em função dos anos.

	2012	2013	2014	2015	2016	p- valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Escolaridade						
<i>Analfabeto</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (27,27)	5 (22,72)	3 (13,02)	
<i>1ª a 4ª série incompleta</i>	4 (44,44)	5 (45,45)	0 (0,0)	5 (22,72)	6 (26,04)	
<i>4ª série completa</i>	1 (11,11)	1 (9,09)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<i>5ª a 8ª série incompleta</i>	1 (11,11)	1 (9,09)	2 (18,18)	1 (4,54)	4 (17,36)	
<i>Ens. fundamental completo</i>	1 (11,11)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,68)	0,51
<i>Ens. médio incompleto</i>	0 (0,0)	2 (18,18)	3 (27,27)	8 (36,32)	4 (17,36)	
<i>Ens. médio completo</i>	2 (22,22)	1 (9,09)	3 (27,27)	3 (13,62)	4 (17,36)	
<i>Não se aplica</i>	0 (0,0)	1 (9,09)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<i>Ignorados</i>	12 (57,14)	9 (45,00)	13 (45,83)	5 (18,51)	17 (42,50)	
Idade						
<i>Menor 1 ano</i>	0 (0,0)	1 (5,00)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<i>15 a 19 anos</i>	0 (0,0)	1 (5,00)	1 (4,16)	0 (0,0)	1 (2,5)	
<i>20 a 29 anos</i>	2 (9,52)	4 (20,00)	7 (29,19)	2 (7,40)	14 (35,00)	
<i>30 a 39 anos</i>	7 (33,32)	8 (40,00)	8 (33,36)	9 (33,30)	6 (15,00)	0,72
<i>40 a 49 anos</i>	6 (28,56)	3 (15,00)	4 (16,68)	5 (18,5)	8 (20,00)	
<i>50 a 59 anos</i>	3 (14,28)	0 (0,0)	2 (8,34)	4 (14,80)	4 (10,00)	
<i>60 a 69 anos</i>	3 (14,28)	1 (5,00)	1 (4,17)	4 (14,80)	3 (7,50)	

70 a 79 anos	0 (0,0)	2 (10,00)	1 (4,17)	2 (7,40)	3 (7,50)
80 anos e mais	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,70)	1 (2,5)

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

A tabela 02 mostra que a prevalência do sexo masculino e da cor parda foi maior para todos os anos. Os resultados não apresentaram significância estatística.

Tabela 02 - Descrição demográfica em função dos anos.

	2012	2013	2014	2015	2016	p-valor
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Sexo						
Masculino	15 (71,42)	13 (65,00)	17 (70,83)	22 (81,48)	28 (70,00)	0,81
Feminino	6 (28,57)	7 (35,00)	7 (29,16)	5 (18,51)	12 (30,00)	
Raça						
Branca	7 (33,32)	4 (20,00)	2 (8,34)	2 (7,40)	11 (27,5)	0,99
Preta	1 (4,76)	4 (20,00)	3 (12,51)	4 (14,80)	5 (12,5)	
Amarela	0 (0,0)	1 (5,00)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Parda	13 (61,88)	10 (50,00)	16 (66,72)	19 (70,3)	24 (60,00)	
Indígena	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,17)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ignorados	0 (0,0)	1 (5,00)	2 (8,34)	2 (7,40)	0 (0,0)	

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

A tabela 03 mostra que, independente do ano, a maioria não tinha benefício social e não estava em situação de rua. Mas verificou-se um aumento no último ano

de benefícios sociais. Em encerramento por cura, prevalência maior nos anos de 2012 e 2013.

Tabela 3 - Descrição social da amostra em função do ano.

	2012	2013	2014	2015	2016	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Benefício social						
<i>Sim</i>	0 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,10)	5 (21,73)	0,15
<i>Não</i>	0 (100)	0 (0,0)	4 (100)	10 (90,90)	18 (78,26)	
<i>Ignorados</i>	21 (100)	20 (100)	20 (83,33)	16 (59,26)	17 (42,5)	
Situação de rua						
<i>Sim</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (6,25)	0 (0,0)	0,51
<i>Não</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (75,0)	15 (93,75)	35 (100)	
<i>Ignorados</i>	21(100,00)	20 (100,0)	20 (83,33)	11 (40,74)	5 (12,5)	
Situação encerramento 9º mês						
<i>Cura</i>	14 (87,5)	8 (61,52)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,99
<i>Abandono</i>	1 (6,25)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<i>Óbito por tuberculose</i>	1 (6,25)	1 (7,69)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<i>Transferência p/ mesmo município</i>	0 (0,0)	2 (15,38)	4 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<i>Transferência p/ Outro Município</i>	0 (0,0)	1 (7,69)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<i>Transferência p/ Outra UF</i>	0 (0,0)	1 (7,69)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<i>Continua em Tratamento</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Ignorados 5 (23,80) 7 (35,0) 16 (66,66) 27 (100,0) **40 (100,0)**

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

A tabela 04 mostra que houve maior prevalência de população especial de presídio no ano de 2013. Além disso, a forma de tuberculose pulmonar foi mais prevalente nos anos de 2013 e 2014 e a extrapulmonar nos anos de 2012 e 2016.

Tabela 04 - Descrição da população especial, por forma da TB e gestantes em função do ano

	2012	2013	2014	2015	2016	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Por pop. especial						
Não	16	13	12	-	-	0,59
Presídio	2 (10,52)	3 (18,75)	2 (13,33)	-	-	
Outro	1 (5,26)	0 (0,0)	1 (6,66)	-	-	
Por forma						
Pulmonar	17	18	23	25	36	0,54
Extrapulmonar	3 (15,00)	1 (5,26)	1 (4,16)	2 (7,40)	4	
Ignorados	1 (4,76)	1(5,00)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
Por gestante						
1º Trimestre	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,35)	0 (0,0)	0	0,53
Não	2 (11,11)	6 (30,00)	5 (21,75)	4 (15,38)	10	
Não se Aplica	16	14	17	22	28	
Ignorados	3 (14,28)	0 (0,0)	1 (4,16)	1 (3,70)	2	

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

A tabela 05 mostra as maiores prevalências quando se associam a TB com outros agravos; a AIDS teve maior expressão em 2014 e o alcoolismo em 2015, assim como para diabetes mellitus (DM). O ano com menor prevalência de tratamento diretamente observado (TDO) e mais casos novos foi em 2014. Comparando-se os índices de TB com outros agravos associados como tabagismo e uso de drogas, não houve relevância estatística para os casos descritos.

Tabela 05 - Descrição de agravos como AIDS, alcoolismo e outros; TDO e tipo de entrada em função do ano.

Perfil Clínico-Epidemiológico dos Pacientes com Tuberculose no Município de Cajazeiras-PB, No Período de 2012 a 2016

	2012	2013	2014	2015	2016	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
AIDS						
<i>Sim</i>	0 (0,0)	1 (6,67)	2 (11,11)	2 (8,33)	0 (0,0)	0,12
<i>Não</i>	11 (100)	14 (93,33)	16 (88,88)	22 (91,66)	36 (100)	
<i>Ignorados</i>	10 (47,62)	5 (25)	6 (24,99)	3 (11,11)	4 (10)	
Alcoolismo						
<i>Sim</i>	10 (58,82)	3 (17,64)	4 (23,52)	9 (37,50)	10 (26,31)	0,35
<i>Não</i>	7 (41,18)	14 (82,35)	13 (76,47)	15 (62,50)	28 (73,68)	
<i>Ignorados</i>	4 (19,04)	3 (15)	7 (29,16)	3 (11,11)	2 (5)	
TDO						
<i>Sim</i>	20 (100,0)	18 (100,0)	19 (90,76)	23 (100,0)	27 (96,43)	0,51
<i>Não</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (9,52)	0 (0,0)	1 (3,57)	
<i>Ignorados</i>	1 (4,76)	2 (10,0)	3 (12,50)	4 (14,81)	12 (30,0)	
Tipo de entrada						
<i>Caso novo</i>	16 (80,0)	16 (80,0)	16 (84,16)	25 (92,59)	31 (77,5)	0,84
<i>Recidiva</i>	1 (5,0)	0 (0,0)	1 (5,26)	1 (3,70)	2 (5,0)	
<i>Reingresso após abandono</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (17,78)	1 (3,70)	3 (7,5)	
<i>Não sabe</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,26)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<i>Transferência</i>	3 (15,0)	3 (15,0)	3 (17,78)	0 (0,0)	3 (7,5)	
<i>Pós óbito</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	
<i>Ignorados</i>	1 (4,76)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
DM						
<i>Sim</i>	1 (6,66)	2 (11,76)	1 (6,25)	3 (12,0)	2 (5,40)	0,66
<i>Não</i>	14 (93,34)	15 (88,23)	15 (93,75)	22 (88,0)	35 (94,59)	

Perfil Clínico-Epidemiológico dos Pacientes com Tuberculose no Município de Cajazeiras-PB, No Período de 2012 a 2016

Ignorados	6 (28,57)	3 (15,0)	8 (4,17)	2 (7,40)	3 (15,0)	
Doença mental						
Sim	1 (6,25)	1 (6,25)	0 (0,0)	1 (4,0)	4 (10,81)	0,12
Não	15 (93,75)	15 (93,75)	14 (100)	24 (96,0)	33 (89,19)	
Ignorados	5 (23,80)	4 (20,0)	10 (41,67)	2 (7,40)	3 (7,5)	
Tuberculose						
Sim	1 (6,67)	2 (11,76)	1 (6,25)	3 (12)	2 (5,40)	0,71
Não	14 (93,33)	15 (88,23)	15 (93,75)	22 (88)	35 (94,59)	
Ignorados	6 (28,56)	3 (15)	8 (33,36)	2 (7,4)	3 (7,5)	
Drogas						
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,67)	2 (8,13)	5 (13,51)	0,44
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (83,33)	22 (91,67)	32 (86,49)	
Ignorados	21 (100,0)	20 (100,0)	18 (75,00)	3 (11,11)	3 (7,5)	
Tabagismo						
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,16)	8 (21,62)	0,09
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (100,0)	23 (95,83)	29 (78,38)	
Ignorados	21 (100,0)	20 (100,0)	18 (75,00)	3 (11,11)	3 (7,5)	

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

A tabela 06 mostra que existiu maior prevalência de teste molecular rápido (TMR) e tratamento supervisionados (TS) não realizados nos anos de 2014 a 2016. E independente do ano, a maioria da amostra é da zona urbana.

Tabela 06 - Descrição do Teste molecular rápido (TMR), Tratamento Supervisionado (TS), e por área de residência.

	2012	2013	2014	2015	2016	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
TMR						

Perfil Clínico-Epidemiológico dos Pacientes com Tuberculose no Município de Cajazeiras-PB, No Período de 2012 a 2016

<i>Detect sensível rifamp</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (5,26)	1 (3,33)	0,99
<i>Inconclusivo</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,26)	1 (3,33)	
<i>Não realizado</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (75,0)	17 (89,47)	28 (93,33)	
<i>Ignorados</i>	21 (100,0)	20 (100,0)	20 (83,33)	8 (29,62)	10 (25,0)	
TS						
<i>Em andamento</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,66)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,71
<i>Não realizado</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (83,33)	17 (100,0)	5 (100,0)	
<i>Ignorados</i>	21 (100,0)	20 (100,0)	18 (75,00)	10 (37,03)	35 (87,5)	
Por área de residência						
<i>Urbana</i>	17 (80,95)	18 (90,0)	19 (82,60)	23 (85,18)	33 (86,84)	0,32
<i>Rural</i>	4 (19,05)	2 (10,0)	4 (17,39)	4 (14,81)	5 (13,16)	
<i>Ignorados</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,17)	0 (0,0)	2 (5,0)	

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

DISCUSSÃO

No período estudado verificou-se a manutenção do perfil semelhante nas variáveis pesquisadas. Em relação ao sexo, houve um acometimento em maior proporção dos homens, o que concorda com o cenário do país, onde outros estudos evidenciam também este fato, como exemplo os realizados em Campina Grande - PB 56,5%, Maceió - AL 64%, Teresina -PI 54,6% (BRASIL, 2014). As prováveis justificativas para esta maior incidência decorrem tanto da maior procura aos

serviços de saúde pela população feminina, levando a um diagnóstico e tratamento precoces, quanto a maior exposição aos fatores de risco e ao bacilo de Koch pelo contingente masculino (ANTUNES, 2012; COELHO *et al.*, 2010; COUTINHO *et al.*, 2012). Outro fator corroborante para essa análise é sobre o abandono do tratamento, um estudo realizado no IAPI - Serviço de Tuberculose do Centro de Saúde em Porto Alegre demonstrou que homens jovens comparados a mulheres apresentam maior taxa de abandono à terapia, tanto por pior adesão, quanto por negar em abrir mão de certos fatores de exposição a um maior de risco de adoecimento como tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004). Os mesmos autores ainda demonstram a presença do caráter cultural nessa maior exposição e taxa de abandono pelo sexo masculino, na figura de que o homem mostra-se “mais forte” que a mulher na sociedade e que dificilmente adoece, quando comparado ao “sexo frágil”.

Quanto à raça, houve maior predominância da variante parda para todos os anos em estudo, em acordo com a maior característica da população brasileira em se apresentar nesta variação, mas não há componente expressivo que denote a raça como fator precipitante para nexos causal ou precipitante para tuberculose (ALVES, 2010; CAVALCANTE, 2013).

Em relação à faixa etária, no geral, a maior proporção ficou entre 30-39 anos, excetuando-se o ano de 2016 que registrou maior percentual entre 20 e 29 anos. Retrata-se, assim, um reflexo no eixo socioeconômico, atingindo a porção etária produtiva do país (COELHO *et al.*, 2010). Neste aspecto, Moraes *et al.* (2010) cita que pode haver um maior entrave nas relações ocupacionais, reduzindo produtividade, aumentando o afastamento laboral, podendo em alguns casos levar à incapacitação temporária do trabalhador, neste interim, podendo levar a uma depreciação da estima do indivíduo, por limitação social e econômica. Outro dado relevante observa-se no aumento progressivo que houve na faixa etária acima de 70 anos no decorrer do período em estudo, caracterizando tanto a perspectiva de maior envelhecimento da população no país, bem como maior vulnerabilidade ao risco de adoecer por déficit na resposta imunofisiológica, demonstrado, muitas vezes, por uma apresentação clínica atípica da tuberculose somatizando-se ao grau de

senescência e ao caráter latente da doença nesta faixa etária (CAVALCANTE; SILVA, 2013).

Quanto à escolaridade, é importante compararmos com outros estudos que também demonstraram maior prevalência de TB em indivíduos com baixa escolaridade, ensino fundamental incompleto. Assim, estudo realizado em Minas Gerais, por Hino *et al.* (2011), corrobora com o mesmo achado, dando alicerce de que a baixa instrução escolar contribui de certa forma para uma maior vulnerabilidade social à exposição aos fatores de risco, uma vez que há menor grau de informação sobre a doença, bem como se associa também a uma maior taxa de abandono ao tratamento. Barros *et al.* (2014) complementa, referindo que, com menor grau de escolaridade, tem-se também dificuldade no diagnóstico, visto que se torna deficiente o reconhecimento dos sinais e sintomas por parte do indivíduo, bem como o conhecimento do processo saúde-doença e a importância do tratamento. Este fato conecta-se diretamente com a questão das desigualdades sociais e da conjuntura socioeconômica do país.

No que se refere à área de residência tem-se que a grande maioria reside em área urbana, essa predominância também foi constatada em outros estudos (SANTOS; SILVA; RAMOS, 2005). Esta maior prevalência em centros urbanos decorre, não somente pela extensão territorial, como também soma-se a outros fatores de risco como grandes aglomerados, em vigência, por vezes, de baixas condições sanitárias.

Em todo período da pesquisa, a maioria dos indivíduos não tinha benefício social e não se encontrava em situação de rua, estes dados se correlacionam diretamente com os desfechos favoráveis de cura observados, em detrimento de óbitos ou abandono ao tratamento. A questão do benefício social integra um componente que auxilia e gera um suporte econômico que torna a doença um fator mais aceitável, visto que o afastamento das atividades e a renda do indivíduo podem ser amortizadas pela ajuda do benefício, reduzindo em parte o estigma da TB e favorecendo a um seguimento e desfecho adequado do tratamento (CURBANI *et al.*, 2013).

A cura se apresentou como principal forma de encerramento, mas não atingindo o preconizado pelo Ministério da saúde, que visa uma abordagem curativa

em 85% dos casos, o que é observado em outros estudos semelhantes. É imperioso citar que a taxa de indivíduos ignorados quanto ao desfecho no tratamento foi significativa apontando, assim, para falha no acompanhamento da assistência a saúde. Casos não curados, segundo estudos, se relacionam diretamente com maior taxa de prevalência da doença e sua transmissão, o que termina por se firmar a TB como um agravo na saúde pública (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

O percentual de abandono ao tratamento não se mostrou relevante, mas é importante frisar que alguns estudos atingem o percentual limite preconizado pela Organização Mundial de Saúde, referindo a 5% de desfechos por abandono ao tratamento, o que muitas vezes não se refere a um grau de melhora epidemiológica da doença no período, já que foi se observado percentual significativo de situações ignoradas ou não informadas. O tratamento deve ser monitorado de forma contínua para reduzir a porcentagem de bacilos resistentes às drogas de primeira linha evitando, assim, maior duração do período da terapia e dificultando a cura (CAVALCANTE, 2013).

A questão observada em diferentes estudos, no que tange ao desfecho de cura ou abandono ao tratamento, depende da percepção da doença pelo indivíduo, e de como ele se integra ao processo saúde-doença da TB e sua reação frente a isso. A complexidade do funcionamento dos serviços de saúde e a prontidão na assistência também vinculam elementos de fundamental importância nesse contexto, a falta às consultas de rotina devido impossibilidade de faltar ao emprego foi um dado relevante encontrado em estudo realizado na região nordeste, em que 65,1% tiveram que faltar ao trabalho para poderem estar presentes nas consultas e terem oportunidade de acompanhamento adequado (CALIARIA; FIGUEIREDO, 2012).

Em relação à forma da TB, demonstrou-se uma maior prevalência da forma pulmonar em todos os anos em estudo, fato que corrobora com outros estudos como o realizado no Maranhã e São Paulo, que denotam índices desta forma de TB em 79% e 1%, respectivamente. Esta forma promove o maior número de casos de TB, concordando também com a literatura, e é importante se estabelecer e compreender que, mesmo diante de um diagnóstico pouco oneroso, ainda se encontram dificuldades de se firmarem estratégias eficazes para reduzir a magnitude da cadeia

de transmissão da TB (SANTOS NETO, 2012; CURBANI *et al.*, 2013). Sendo a TB pulmonar a forma mais infectante, é comum que se estabeleça como a principal forma em diversos estudos epidemiológicos, de modo que se consta esse determinante em análise, fato que é levantado pela própria Organização Mundial da Saúde, visto que 90% dos casos de TB se revelam como pulmonares em detrimento de 10% de acometimento extrapulmonar (MORAES *et al.*, 2010; CAVALCANTE, 2013).

A infecção em populações especiais, como presidiários e gestantes, não demonstrou resultados estatísticos significantes, mas configuram também situações de alerta, visto que o confinamento dos indivíduos em cárcere já favorece um maior risco de transmissão e adoecimento, fomentado inclusive pelo baixo teor da ventilação e a superlotação, fatos propiciam a transmissibilidade aérea do patógeno (SANCHEZ *et al.*, 2009). Em gestantes, é sabido que a história natural da doença da TB não se modifica, apresentando um caráter mais insidioso, e uma atenção especial deve ser vinculada a esses casos devido a um maior risco de TB neonatal e congênita (FRIEDMAN; TANOUE, 2016).

Em relação aos agravos associados à TB, o alcoolismo se mostrou o mais incidente, concordando com Cavalcante (2013), que relaciona a ingestão de álcool como principal fator agravante associado à tuberculose, refletindo muitas vezes uma maior vulnerabilidade social, desnutrição e maior situação de risco, interferindo na menor adesão ao tratamento e a maior taxa de desfecho desfavorável.

CONCLUSÃO

Foi possível traçar o perfil epidemiológico dos indivíduos portadores de tuberculose no município de Cajazeiras-PB, destacando-se que a doença ocorreu com maior frequência entre homens, na faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos, de cor parda, residentes em zona urbana. A forma clínica predominante foi a pulmonar. A partir da análise das variáveis torna-se possível intensificar programas

de capacitação e planejamentos em saúde no município, que visem aprimorar o rastreio e busca ativa dos casos de TB pelas UBS, trabalhando também com foco na supervisão do tratamento diretamente observado, promovendo não somente uma maior taxa de cura e recuperação, como também redução nas recidivas.

Sendo assim, esse estudo pode contribuir com a elaboração de políticas públicas e estratégias que atuem diretamente nas fragilidades frente ao diagnóstico precoce e tratamento da TB no município, buscando contemplar os indivíduos dentro do seu contexto sócio epidemiológico, trazendo maior grau de informação e resolutividade frente às vulnerabilidades e perfil da população, e visando maior controle da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C.; FORTUNA, C.M.M; TORALES, M.B.P. A Aplicação e o Conceito de Raça em Saúde Pública: Definições, Controvérsias e Sugestões para Uniformizar sua Utilização nas Pesquisas Biomédicas e na Prática Clínica. **Gaz Med Bahia**. v.75, n.1, p.92-115, jan.-jun. 2010.

ANTUNES, A. **Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose**. Sistema de Vigilância. Ponto de situação epidemiológica e de desempenho. 2012.

BARROS, M.B.A. *Et al.* **Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil**, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da tuberculose**. Brasília, Ministério da Saúde: 2014.

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

_____. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Recomendações sobre o diagnóstico da tuberculose por meio do teste rápido molecular para tuberculose: nota informativa no. 9**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

CALIARI, J.S.; FIGUEIREDO, R.M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta Paul Enferm**. v. 25, n. 1, p. 43-47, 2012.

CASTELO FILHO, A. *Et al.* **II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para**

Tuberculose 2004. **J. Bras. Pneumol.** v. 30, n. 1, p.S1 - S56, 2004.

CAVALCANTE, E.F.O.; SILVA, D.M.G.V. Perfil de pessoas acometidas por tuberculose. **Rev Rene**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.720-9, 2013.

COELHO, D.M.M. *Et al.* Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiol serv saúde**. Brasília, v.19, n.1, p.33-42, 2010.

COUTINHO, L. *Et al.* Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Município de João Pessoa-PB, entre 2007-2010. **Rev bras ciênc saúde**. V. 16, n.1, p.35-42. 2012.

CURBANI, P. *Et al.* Diferenças nas características clínicas e epidemiológicas entre os casos notificados por tuberculose na atenção primária e terciária. **Rev Bras Promoc Saude**. Fortaleza v.26, n.2, p.251-257, abr./jun., 2013.

CHIRINOS C.; NARDA, E.C.; BETINA, H.S.M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: Uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.20, n.3, p.406-599, Jul-Set, 2011.

FIUZA M. FA, HIJAR MA. Introdução. In: Veronesi R, Focaccia R, ed. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu; 2015.

FRIEDMAN, L.T.; TANOUE, L.N. **Tuberculosis in pregnancy** [Internet]. UpToDate; 2016 [updated 2016 Aug 23]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/tuberculosis-in-pregnancy?source=search_result&search=tuberculosis+in+pregnancy&selectedTitle=1%7E14.

HINO, P. *Et al.* Padrões espaciais da Tuberculose e sua associação à condição de vida no município de Ribeirão Preto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4795-4802, Dec. 2011.

MASCARENHAS, M.D.M.; ARAUJO, L.M.; GOMES, K.R.O. Perfil epidemiológico da Tuberculose entre casos notificados no município de Piriá, Estado do Piauí, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 7-14, mar. 2005.

MENDES, A.M.; FENSTERSEIFER, L.M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 27-38, abr. 2004.

MORAES, N.L. *Et al.* Características sócio-econômicas dos usuários do programa de controle da tuberculose do município do Rio de Janeiro. **Rev pesqui cuid fundam**, n.12, p.209-212, 2010.

PARAÍBA, Secretaria de Estado da Saúde. **Gerência executiva de vigilância em saúde. João pessoa-PB**, 2015.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro; 8 Ed. Guanabara Koogan,2005.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v.10, n. 3, p. 129-38, 2001.

SANCHEZ, A.R. *Et al.* Screening for tuberculosis on admission to highly endemic prisons? The case of Rio de Janeiro State prisons. **Int J Tuberc Lung Dis**. v.13, n.10, p.1247-52, Oct. 2009.

SANTOS, T.M.M.G. *Et al.* Caracterização dos casos de tuberculose notificados em um município prioritário do Brasil. **Rev Enfermagem UFPI**. v.1, n.1, p.8-13, 2012.

SANTOS NETO, M. *Et al.* Perfil clínico, epidemiológico e de prevalência em coinfeção tuberculose e HIV em uma regional de saúde do Maranhão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 38, n. 6, p. 724-732, Dec. 2012.

SANTOS, B.M; SILVA, R.M.; RAMOS, L.D. Perfil epidemiológico da tuberculose em município de médio porte no intervalo de uma década. **Arq. Catarin. Med.**, v. 34, n. 4, p. 53-8, 2005.