

## ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE IGUATU – CEARÁ

Rayan Ibiapina Campos<sup>1</sup>, Raimundo Tavares de Luna Neto<sup>2</sup>, Samara Ferreira Pequeno Leite<sup>3</sup>, Nívia Bitú Saraiva<sup>4</sup>,  
Fernanda Viviane Ferreira Lima<sup>5</sup>, Natália Bastos Ferreira<sup>6</sup>, Marianna Leite Barroso<sup>7</sup>

### Resumo

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de Bacilo de Koch (BK). A transmissão ocorre por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente contaminado ao tossir, espirrar ou falar. Objetivou-se conhecer o perfil epidemiológico da tuberculose no município de Iguatu – Ceará. O presente estudo caracterizou-se como sendo do tipo documental descritivo exploratório de abordagem quantitativa de corte transversal e analisou 73 pacientes que foram notificados com tuberculose entre o primeiro dia de janeiro de 2011 até o último dia do mês de abril de 2014. A análise estatística foi realizada com auxílio do aplicativo Microsoft Excel versão 2010. Foram analisados os principais pontos que caracterizaram a tuberculose no município de Iguatu no período selecionado, onde de acordo com os resultados foi constatado que 86,3% dos pacientes apresentavam a forma pulmonar da doença, 61,64% eram do sexo masculino, 63% estão na faixa etária entre 20 a 49 anos, 72,56% tinham somente até o ensino fundamental completo, 71,23% são residentes da zona urbana do município, 86,3% deram entrada como sendo casos novos da doença, 83,56% não tinham co-infecção com o HIV e 71,23% não estavam ligados ao alcoolismo. A partir das análises feitas sobre as várias características dos pacientes com tuberculose, se pôde perceber que existem alguns fatores que podem acabar predeterminando pessoas a adquirir a doença. Na maior parte delas, são condições que estiveram com essas pessoas durante toda a sua vida e muitas vezes não há intervenções ou políticas de saúde e sociais completas ao ponto de poder diminuir a exposição dessas pessoas às doenças oportunistas.

**Palavras-Chave:** Tuberculose; *Mycobacterium tuberculosis*; antituberculosos.

## ANALYSIS OF TUBERCULOSIS IN EPIDEMIOLOGICAL PROFILE IN IGUATU - CE

### Abstract

Tuberculosis is an infectious and contagious disease caused by a bacterium called *Mycobacterium tuberculosis*, also called Koch bacillus (KB). Transmission occurs through droplets containing the bacilli expelled by a patient infected when coughing, sneezing or talking. The study aimed to learn the epidemiological profile of the tuberculosis in the city of Iguatu - Ceará. This study was characterized as a descriptive exploratory documentary type of cross-sectional quantitative approach and analyzed 73 patients with TB reported between the first day of January 2011 until the last day of the month of April 2014. The statistical analysis was performed using the Microsoft Excel application version 2010. Were analyzed the main points that characterized tuberculosis in Iguatu municipality in the selected period, which according to the results it was found that 86.3% of patients had pulmonary form of the disease, 61.64% were male, 63% are aged between 20-49 years old, 72.56% had only to complete primary school, 71.23% are residents of the urban area, 86.3% gave input as new cases, 83.56% had no co-infection with HIV and 71.23% were not related to alcoholism. From the analysis made on the various characteristics of patients with tuberculosis, one might notice that there are some factors that may end up predetermining people acquire the disease. In most of them, are conditions that have been with these people throughout their life and often no interventions or health policies and social complete until it could reduce the exposure of these persons to opportunistic diseases.

**Keywords:** Tuberculosis; *Mycobacterium tuberculosis*; antitubercular.

<sup>1,4,5</sup> Enfermeiro(as). Escola Estadual de Educação Profissional do Ceará

<sup>2,6</sup> Enfermeiro(a). Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Docente da Universidade Regional do Cariri (URCA) / Unidade Descentralizada de Iguatu-CE.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta. Residente em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará/MS.

<sup>7</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Tecnológica Intercontinental - PY. Email: marianna\_leite@hotmail.com.

## Introdução

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de Bacilo de Koch (BK). Essa doença chama-se tuberculose pelo fato da mesma causar lesões chamadas tubérculos. A transmissão ocorre por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente contaminado ao tossir, espirrar ou falar. Quando alguma pessoa sadia acaba inalando essas gotículas, pode provocar a infecção tuberculosa. A propagação do bacilo da tuberculose está associada principalmente às condições de vida da população. A tuberculose é conhecida por se proliferar com maior intensidade em áreas de grande concentração humana com serviços precários de infraestrutura urbana, como a falta de saneamento básico e habitação inadequada (BRASIL, 2008).

Conforme estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010 ocorreram 8,8 milhões de novos casos de tuberculose (TB) no mundo, que causaram a morte de 1,45 milhão de indivíduos. A Índia e a China representam 40% dos casos notificados. Já o Brasil está entre os 22 países que concentram 82% dos casos de tuberculose no planeta (OMS, 2010).

No Brasil, no ano de 2011 foram notificados 69.245 casos novos de tuberculose. Das 27 unidades federadas, cinco notificaram mais de quatro mil casos da doença (Bahia, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo) e foram responsáveis por 55% da carga da doença no País. A incidência da tuberculose no Brasil, em 2001, era de 42,8 casos novos por cada grupo de 100 mil habitantes e, em 2011, foi de 36 casos novos por cada grupo de 100 mil, o que representa uma diminuição de 15,9% nos últimos dez anos. Entretanto, há uma grande variação entre os estados. Por exemplo: de 11,1/100 mil no Distrito Federal a 62,6/100 mil no Amazonas (BRASIL, 2012a).

No Ceará, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Estado, no ano de 2012 foram registrados 1.727 casos de tuberculose. Número menor de casos do que os encontrados no ano de 2011, que foi de 2.319. De todos os casos encontrados no estado em 2012, o município de Iguatu apresentou 15 casos da doença.

Considerada como prioridade pelo governo federal, desde 2003, a doença sempre esteve contemplada nas principais pactuações nacionais, como no Pacto pela Saúde, no programa Mais Saúde, na Programação das Ações de Vigilância em Saúde, no Pacto da Atenção Básica e, mais recentemente, na Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde. A pactuação de indicadores e metas formaliza o comprometimento político e técnico entre as três esferas de governo e possibilita que a doença tenha mais atenção (BRASIL, 2012a).

No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está interligado a uma rede de Serviços de Saúde. É desenvolvido por meio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. O programa depende de uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e de assistência bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até ações preventivas e de controle do agravo. O que permite o acesso universal da população às suas ações (BRASIL, 2006).

Segundo Ruffino-Netto (2002) apesar do fornecimento gratuito de medicamentos antituberculose em todo território nacional, pelo Sistema Único de Saúde, a não adesão e o abandono do tratamento são os maiores obstáculos para o controle e a cura da tuberculose no Brasil. Contudo Braga *et al.* (2012) garante que a busca para a redução das taxas de abandono do tratamento é um dos principais efeitos causados pela constante ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O abandono ao tratamento da tuberculose esta ligado a uma série de fatores que merecem ser destacados e discutidos amplamente, tais como: o difícil acesso aos serviços de saúde, assim como uma possível necessidade de hospitalização dos portadores da doença, treinamento ou suporte dos profissionais da saúde para melhorar e ampliar a adesão ao tratamento, e por fim uma demora em iniciar o tratamento associado a longas filas de espera para o acesso as consultas médicas e de enfermagem (BRAGA, *et al.* 2012).

Considerando o exposto, ressalta-se que o estudo tem por objetivo conhecer o perfil epidemiológico da tuberculose no município de Iguatu, Ceará. Sendo que, o interesse em desenvolver este estudo vai de encontro com a tamanha necessidade de conhecermos as características locais da tuberculose, podendo assim construir o perfil local, e, futuramente, ampliarmos essa discussão a âmbitos maiores como o estadual e até o próprio plano nacional.

## Métodos

O presente estudo caracterizou-se como sendo do tipo documental descritivo exploratório de abordagem quantitativa de corte transversal, pois se buscou uma análise precisa dos dados, sendo os resultados esclarecidos de acordo com as informações que foram encontradas no estudo.

O estudo aconteceu na cidade de Iguatu – Ceará, que possui 98.138 habitantes. Localizado na região centro-sul do estado, Iguatu fica a 377 km de Fortaleza, podendo se ter acesso pela CE-060, CE-359 e pelas BR's - 116 e 122. O município exerce papel de centro regional de comércio e serviços, oferecendo apoio para mais de 10 municípios da região onde se localiza. Sua economia é baseada na agricultura (plantio de arroz e algodão), na pecuária e no comércio. A indústria ainda é incipiente (IBGE, 2014).

Os sujeitos da pesquisa foram todos os pacientes com tuberculose pulmonar em qualquer fase do tratamento. Para meio de localização e identificação desses sujeitos foi consultada a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponível na Secretaria de Saúde do Município de Iguatu – Ceará.

Tomamos como base de coleta de dados, os pacientes com a data da notificação do agravo da Tuberculose, no período de 1º de janeiro de 2011 a 30 de abril de 2014 e dentre eles os que apresentaram ou não resistência medicamentosa específica aos fármacos da antibioticoterapia tuberculosa.

## Análise dos dados

Após coletados os dados, as informações foram classificadas e tabuladas de acordo com os objetivos da pesquisa e lançadas no software Microsoft Excel versão 2010, onde foram feitos os principais cruzamentos de informações e variáveis. Ao fim da análise, os resultados foram confrontados e discutidos conforme a literatura pertinente ao tema.

A pesquisa obedeceu todas as recomendações advindas da resolução 466/12, esta, afirma que é sempre necessário que haja respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida (BRASIL, 2012c).

## Análise e Discussão dos Resultados

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos mediante a análise dos dados, seguindo os objetivos propostos neste estudo. Foram empregados todos os pacientes notificados com tuberculose no município de Iguatu a partir do primeiro dia de Janeiro de 2011 até o dia 30 de Abril de 2014. Perfazendo um total de 73 pacientes notificados no período.

### Caracterização do perfil socioeconômico da tuberculose no município de Iguatu, Ceará.

No presente estudo, 45 pacientes (61,6%) eram do sexo masculino e 28 pacientes (38,4%) do sexo feminino. A presença maior do gênero masculino na tuberculose é comum. Como no estudo de Basta e colaboradores (2013), onde 66,3% dos pacientes eram do sexo masculino e 33,7% do sexo feminino. Assim como Braga *et al.* (2012) encontrou em seu estudo 71,7% de pacientes homens e 28,3% mulheres.

A diferença de gênero na tuberculose é algo real, mas não chega a ser alarmante. Porém, a mesma confirma possíveis fatores que podem associar os homens a uma maior suscetibilidade não só a tuberculose, mas também a outras doenças. As mulheres estão mais ligadas aos autocuidados relacionado à sua saúde, diferentemente dos homens. Elas tendem a buscar o serviço de saúde mais rapidamente quando necessário, e podem muitas vezes acabar descobrindo antecipadamente um possível problema de saúde e juntamente com isso apresentar uma maior rapidez e garantia quanto ao seu tratamento.

Sobre a faixa etária, dos pacientes que apresentaram tuberculose no município de Iguatu no período selecionado, 43 (63%) estão na faixa etária entre 20 e 49 anos. O número de pessoas que estão chegando ou que já

estão na terceira idade com tuberculose no município é relativamente baixo, 23 casos (26,01%). E ainda menor é o número de crianças e adolescentes que apresentaram a doença, onde estes contabilizaram apenas 5 casos (8,19%).

No estudo de Orellana, Gonçalves e Basta (2012), a faixa etária mais predominante foi a de 25 a 44 anos com 39,4% dos pacientes, seguindo por 24,1% entre 45 e 64 anos, 20,7% entre 15 e 24 anos, 8,6% com mais de 65 anos e apenas 7,1% com idade de 0 a 14 anos. Já no estudo de Cheade, *et al.* (2009), 71,2% dos pacientes tinham entre 25 e 44 anos.

Segundo Orellana, Gonçalves e Basta (2012), há tempos vem sendo consistentemente descrito na literatura pertinente ao tema que os casos de tuberculose ocorrem com maior frequência em adultos jovens e na principal faixa produtiva da vida.

Apesar dos pacientes da primeira e terceira idade, devido ao fator imunológico, serem mais susceptíveis a doenças, a tuberculose contraria esse fato e atinge principalmente os adultos jovens e adultos. O fato dessa classe está intimamente vinculada à tuberculose pode estar relacionado ao ampliado número de contatos sociais do paciente em seu meio familiar, de trabalho e de lazer.

Quanto à escolaridade, no presente estudo, o baixo nível da mesma é predominante. Sendo que 53 pacientes (72,56%) registrados no município entre o período selecionado tinham até o ensino fundamental completo. Deste número, 17 (23,28%) eram analfabetos. Os pacientes com ensino médio completo constituíram apenas 9 casos (12,32%) e somente um paciente (1,36%) apresentou nível superior, mesmo que incompleto. No estudo de Cheade, *et al.* (2009), 72,7% dos pacientes tinham até o ensino fundamental completo ou incompleto. Os dados do estudo de Nogueira e colaboradores (2008) também se assemelham aos encontrados no estudo supracitado, onde 77% possuíam apenas ensino fundamental incompleto e/ou eram analfabetos.

Em se tratando de doenças infectocontagiosas como a tuberculose, o conhecimento adequado dessa patologia, bem como das medidas de controle e do seu tratamento são de importância essencial para a evolução do paciente, de modo que, a formação escolar do indivíduo é bastante relevante para a compreensão da assistência à saúde, como também para a adoção de um estilo de vida mais apropriado que favoreça essa assistência (NOGUEIRA, *et al.* 2008).

Segundo Neves e colaboradores (2012), quanto à escolaridade e renda, coincidem com o perfil social da epidemia de tuberculose, que no Brasil atinge principalmente a população das camadas menos favorecidas economicamente. A baixa escolaridade evidencia uma vulnerabilidade social, uma vez que influencia o indivíduo em relação à obtenção de informações de maneira geral e mais especificamente sobre a doença.

Sobre as zonas de moradia dos pacientes, no presente estudo os pacientes advindos da zona urbana foram mais presentes, onde 52 pacientes (71,24%) com tuberculose do município de Iguatu advinham da zona urbana e 20 pacientes (27,4%) da zona rural. Em seu estudo, Orellana, Gonçalves e Basta (2012) encontraram os seguintes dados quanto à procedência dos pacientes: 79,1% residiam na zona urbana e 20,9% na zona rural. Dados semelhantes aos do estudo de Cheade, *et al.* (2009), onde 89,9% dos pacientes eram de zona urbana e apenas 3% advinham da zona rural.

Não é por acaso que a tuberculose tem maior chance de proliferação na zona urbana do que na zona rural. Grandes conglomerados populares em áreas impróprias que muitas vezes abrigam dezenas ou centenas de famílias, áreas com um mau serviço de infraestrutura e um péssimo saneamento básico, são alguns dos problemas ligados somente à zona urbana que interfere diretamente no processo saúde-doença de um indivíduo morador dessa área (BRASIL, 2008).

Diferentemente, a zona rural traz uma maior dificuldade à proliferação da tuberculose. Apesar do contato social não ser descartado ao morador da zona rural, este acaba por estar menos influenciado por fatores extra-ambientais que possam vir a o debilitar. No caso da tuberculose, o *Mycobacterium tuberculosis* tende a não ter facilidade de proliferação na zona rural devido a uma relativa melhora no saneamento e por não haver grandes áreas de concentração humana.

Quanto ao fator de ligação ao alcoolismo, o município de Iguatu apresentou no período selecionado 18 pacientes (24,6%) com tuberculose declarados alcoólatras, 52 pacientes (71,2%) não alcoólatras e 3 pacientes (4,1%) com a informação ignorada ou não preenchida na ficha de notificação.

No estudo de Nogueira e colaboradores (2008) os números são semelhantes ao do município de Iguatu quanto ao número de alcoólatras, onde os autores encontraram 26% de pacientes etilistas, 42% de pacientes não ligados ao uso de álcool e em 32% dos casos não foram obtidas as informações sobre o respectivo ponto. Já no estudo de Lindoso *et al.* (2008), em que os autores procuraram caracterizar o perfil dos pacientes que tiveram falecimento por tuberculose em São Paulo, foi relatado que 64% dos pacientes que evoluíram para óbito eram etilistas.

A associação com uso de drogas ilícitas e alcoolismo muitas vezes está presente quando o assunto é tuberculose. É percebido que estratégias diferenciadas devem ser adotadas para pacientes que se incluem nessa categoria, visto que estes além de aumentarem o risco a sua saúde colocam em risco a saúde dos seus contatos e da sociedade pela transmissão dos bacilos do *Mycobacterium*, que poderão causar uma proliferação da doença, quando muitas vezes, esta pode ser curada de maneira mais efetiva quando o doente tem melhores hábitos de vida (BRASIL, 2011a).

### **Caracterização do perfil e comportamento da tuberculose no Município de Iguatu, Ceará.**

Quanto à frequência por forma clínica da doença, Dos casos notificados, percebe-se uma forte prevalência da forma pulmonar, onde 63 pacientes (86,3%) apresentaram essa forma da doença, seguido por 7 pacientes (9,6%) com tuberculose extrapulmonar e 3 (4,1%) com a forma pulmonar e a extrapulmonar (mista). Esses dados são muitos semelhantes aos encontrados por Orellana, Gonçalves e Basta (2012) em seu estudo, onde foram encontrados 87,9% dos pacientes com a forma pulmonar da tuberculose, 10,6% com a forma extrapulmonar e 1,5% com a forma mista.

É certo que a tuberculose pulmonar é a mais comum. Pelo fato de haver uma transmissibilidade mais simples (gotículas expelidas pelo ar), associada ao maior número de pacientes com essa forma da doença, acarreta a um incremento ao número de casos de pacientes desse tipo. Apesar de não estarem excluídas as chances dos pacientes contraírem as formas extrapulmonar e mista, a forma pulmonar traz a tona à necessidade de uma intervenção mais avançada e ampliada ao seu combate.

Examinar e controlar contatos, informar ao paciente sobre a seriedade da doença que o mesmo possui, seguido de uma intervenção por meio da educação continuada em saúde buscando uma atitude colaborativa do paciente para a diminuição da transmissibilidade da doença, são alguns planos que podem vir a diminuir a transmissão da tuberculose e conseqüentemente a diminuição dos números de casos não só da forma pulmonar, mas também das outras existentes.

Sobre o tipo de entrada, dos 73 casos notificados no período selecionado no município de Iguatu, 63 (86,3%) eram casos novos, 5 (6,8%) eram transferências, 4 (5,5%) advinham de reingresso após o abandono de tratamento e somente um paciente (1,36%) é de recidiva da doença depois de completado o esquema de tratamento.

Quanto ao número de casos novos, este é um importante dado para o município em questão. O fato de 63 pacientes (86,3%) serem casos novos implica dizer que o mesmo tem sido eficaz quanto à execução do plano do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose imposto pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Pois, como é mostrado pelos dados, a maior parte dos pacientes notificados no período anterior ao selecionado para a pesquisa não veio a ter recidiva da doença ou abandono de tratamento.

Apenas quatro pacientes (5,5%) tiveram reingresso da doença após abandono de tratamento. Apesar de ser um número pequeno, o fato de haver pacientes com histórico de abandono de tratamento faz necessária uma atenção ampliada para estes. Sabendo que abandonos consecutivos de tratamento seguidos por sucessivas recidivas da doença dão ao paciente elevada possibilidade de adquirir a tuberculose multirresistente, é fundamental que aja uma busca ampliada e intervenções diretas a esses pacientes.

Outra importante avaliação feita nesse estudo foi quanto à co-infecção de tuberculose com o HIV. Dos pacientes tuberculosos notificados no período, apenas 3 pacientes (4,1%) são soropositivos e portadores de tuberculose e 61 (83,6%) são pacientes tuberculosos, mas não apresentam infecção pelo HIV. Ainda assim, é grande o número de casos onde se foi ignorado o teste e/ou o resultado (12,3%).

Os dados encontrados no presente estudo são semelhantes aos resultados encontrados por Silva e Gonçalves (2012) em Fortaleza, capital do Estado, onde apenas 3,6% dos pacientes eram coinfectados e 96,4% não apresentavam co-infecção TB-HIV.

Apesar do número relativamente baixo, as taxas de co-infecção por HIV e bacilo da tuberculose determinam desafios que impedem a diminuição da incidência das duas infecções, e esses desafios têm sido bem documentados ao longo dos últimos anos. O HIV não só tem contribuído para um crescente número de casos de tuberculose como também tem sido um dos principais responsáveis pelo aumento da mortalidade entre os pacientes coinfectados (GUIMARÃES, *et al.* 2012).

## **Resistência Medicamentosa Ao Tratamento da Tuberculose no Município de Iguatu, Ceará.**

Segundo Nogueira e colaboradores (2008), concorre para o aumento da dificuldade no controle da tuberculose resistente e multirresistente a dificuldade encontrada para a detecção precoce do perfil de sensibilidade dos pacientes. De modo geral, no Brasil nem todos os municípios oferecem cultura e teste de sensibilidade por ocasião do diagnóstico, sendo introduzido tratamento para os casos novos sem que se conheça a sensibilidade das micobactérias. Apenas se detecta sensibilidade no decorrer do tratamento, frente à ausência de melhora esperada após a implementação da terapêutica usual.

Dentro do período selecionado, o município de Iguatu só apresentou um caso de resistência medicamentosa. Onde a paciente em questão é do sexo feminino, apresenta a forma pulmonar da doença, tem 42 anos, é analfabeta e tem procedência da zona urbana.

Como mostrado nas análises anteriores, são mais propensos à tuberculose pessoas com essas características citadas acima, exceto pelo caso da paciente ser do sexo feminino. Esses fatores são importantes determinantes e não possuem maneiras de alteração por parte das intervenções da equipe de saúde.

Quanto ao tipo de entrada, na ficha de notificação da paciente consta que a mesma é reingressada após abandono de tratamento, o que não é uma informação que venha a surpreender pelo fato da paciente ter vindo a adquirir resistência ao tratamento. Além disso, a paciente é desempregada e alcoólatra. Essas duas características podem estar intimamente ligadas, sendo que o fato da paciente ser etilista pode influenciar suas chances de ingresso no mercado de trabalho tanto quanto a desocupação pode levar a paciente a buscar o alcoolismo.

Segundo Brasil (2010), as drogas que apresentam maiores taxas de resistência são a rifampicina e a isoniazida, as mesmas que apresentam maior taxa de ação contra o bacilo da tuberculose. No caso da paciente em questão, a mesma é resistente a Isoniazida. Nogueira e colaboradores (2008) realizaram um estudo que buscou caracterizar o perfil da resistência às drogas nos pacientes com tuberculose multirresistente. Foi observado que 100% dos pacientes apresentaram resistência à isoniazida; 73% à rifampicina; 55% resistentes à pirazinamida; 41% dos pacientes apresentaram resistência ao etambutol e 27% à estreptomicina.

Por ser resistente a Isoniazida, o tratamento para a situação atual da paciente em questão é bem mais complexo e requer uma maior dedicação por parte da mesma junto com uma maior atenção por parte da equipe de saúde. Conseguir que essa paciente realize o tratamento completo é importante não só para a saúde da mesma, mas também para que as chances de disseminação de bacilos resistentes possam ser acabadas e assim, pelo menos por um determinado período, o município de Iguatu possa ficar distante da tuberculose multirresistente, sendo assim proporcionada uma melhor qualidade de vida aos seus cidadãos.

## **Conclusão**

A partir das análises feitas sobre as várias características dos pacientes com tuberculose, se pôde perceber que existem alguns fatores que podem acabar predeterminando pessoas a adquirir a doença. Na maior parte delas, são condições que estiveram com essas pessoas durante toda a sua vida e muitas vezes não há intervenções ou políticas de saúde e sociais completas ao ponto de poder diminuir a exposição dessas pessoas às doenças oportunistas.

Em relação às principais características, tais como as socioeconômicas dentre outras, foi revelado que a forma mais presente da tuberculose é a pulmonar e que, os homens entre 25 e 50 anos, com baixa escolaridade, moradores da zona urbana e tendo entrada como caso novo da doença são as características predominantes da tuberculose não só no município estudado, mas também em outros estudos vistos e debatidos durante a análise dos dados.

Apesar das dificuldades e anseios encontrados, concluir esse estudo nos impõe um sentimento de grande realização e de dever cumprido. O mesmo não foi algo simples de ser feito, mas no fim, foi possível realizar uma análise completa de todos os pacientes tuberculosos de Iguatu, podendo no final conhecer as características da doença mais presentes no município em questão. O fato de todos os dados terem sido explicitados em números e em percentagens nos deu uma maior clareza dos mesmos, nos permitindo uma real percepção da atual condição de Iguatu perante a tuberculose.

## Referências

- BASTA, PC. MARQUES, M. OLIVEIRA, RL. CUNHA, EAT. RESENDES, APC. SOUZA-SANTOS, R. Desigualdades sociais e tuberculose: análise segundo raça/cor, Mato Grosso do Sul. **Revista de Saúde Pública**; 47(5): 854-64. 2013.
- BRAGA, JU. PINHEIRO, JS. MATSUDA, JS. BARRETO, JAP. FEIJÃO, AMM. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. **Cad. Saúde Colet.**, 2012, Rio de Janeiro, 20 (2): 225-33.
- BRASIL; Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica Número 21**. Brasília/DF. 2008.
- \_\_\_\_\_; Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações Para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília/DF. 2011a.
- \_\_\_\_\_; Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília/DF. 2006.
- \_\_\_\_\_; Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe Técnico de Tuberculose**. Brasília/DF. Julho, 2010.
- \_\_\_\_\_; Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tuberculose no Brasil: realidade e perspectivas**. Boletim 1. Brasília/DF. 2012a.
- \_\_\_\_\_; Ministério de Estado da Saúde. **Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília/DF. 2012c.
- CHEADE, MFM. IVO, ML. SIQUEIRA, PHGS. SÁ, RG. HONER, MR. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 42(2):119-125, mar-abr, 2009.
- GUIMARÃES, RM. LOBO, AP. SIQUEIRA, EA. BORGES, TFF. MELO, SCC. Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e Mundo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Vol.38, n.4, pp. 511-517. ISSN 1806-3713. 2012.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. 2014.
- LINDOSO, AABP. WALDMAN, EA. KOMATSU, NK. FIGUEIREDO, SM. TANIGUCHI, M. RODRIGUES, LC. Perfil de pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. **Revista de Saúde Pública**; 42(5): 805-12. 2008.
- NEVES, LAS. CANINI, SRM. REIS, RK. SANTOS, CB. GIR, E. **Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos**. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 46(3):704-10. 2012.
- NOGUEIRA, JÁ. MARQUES, RRC. SILVA, TR. FRANÇA, UM. VILLA, TCS. PALHA, PF. Caracterização clínico-epidemiológica dos pacientes com diagnóstico de tuberculose resistente às drogas em João Pessoa, PB. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 10(4): 979-89. 2008
- ORELLANA, JDY. GONÇALVES, MJF. BASTA, PC. Características sociodemográficas e indicadores operacionais de controle da tuberculose entre indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 15(4): 714-24. 2012.
- RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: A calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 35(1): 51-8. 2002.

SILVA, HO. GONÇALVES, MLC. Prevalência da infecção pelo HIV em pacientes com tuberculose na atenção básica em Fortaleza, Ceará. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. 38(3): 382-385. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control. WHO Report**; 2011.

Recebido: 20/07/2014

Aceito: 24/07/2014