

ISSN 2175-5361

Silva DC, Weiller TH, Soares MU, Santos JLG *et al.*

Profile of users...



PESQUISA

PROFILE OF USERS WITH TUBERCULOSIS IN A CITY OF THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL

PERFIL DOS USUÁRIOS COM TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

PERFIL DE LOS USUARIOS CON TUBERCULOSIS EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Dalva Cezar da Silva¹, Teresinha Heck Weiller², Mariangela Uhlmann Soares³,
José Luis Guedes dos Santos⁴, Maria de Lourdes Denardin Budó⁵

ABSTRACT

Objective: To describe epidemiological profile of users followed by the reference service in Tuberculosis of the Department of Health of an interior city of Rio Grande do Sul from 1999 to 2008. **Method:** Epidemiological study, with descriptive analysis of secondary data. **Results:** 977 cases have been reported, 646 (66%) were male, 594 (60.8%) adults, 732 (74.9%) had pulmonary tuberculosis, 667 (68.3%) tested negative for HIV and 783 (80.1%) closed treatment for cure. The incidence rate is greater in males and this occurrence was observed in all years of study. **Conclusion:** it was found that Tuberculosis affects mainly adult males, contributing to the increase of vulnerability in the economically active age. It is concluded that being aware of the epidemiological profile may contribute to the planning of actions and strategies of health and nursing professionals in tuberculosis control. **Descriptors:** Tuberculosis, Health profile, Information systems, Nursing.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico de usuários acompanhados pelo serviço de referência em Tuberculose da Secretaria de Saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul entre 1999 a 2008. **Método:** Estudo epidemiológico transversal, com análise descritiva de dados secundários. **Resultados:** Foram notificados 977 casos, 646 (66%) eram do sexo masculino, 594 (60,8%) adultos, 732 (74,9%) apresentavam tuberculose pulmonar, 667 (68,3%) resultado negativo para HIV e 783 (80,1%) encerraram o tratamento por cura. A taxa de incidência é mais expressiva no sexo masculino e essa ocorrência foi observada em todos os anos do estudo. **Conclusão:** Verificou-se que a Tuberculose acomete principalmente adultos, do sexo masculino, contribuindo para ao aumento da vulnerabilidade na faixa economicamente ativa. Conclui-se que conhecer o perfil epidemiológico pode contribuir para o planejamento de ações e estratégias, dos profissionais da saúde e enfermagem no controle da tuberculose. **Descritores:** Tuberculose, Perfil de saúde, Sistemas de informação, Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de los usuarios seguido por el servicio de Tuberculosis del Departamento de Salud de la de una ciudad del interior de Rio Grande do Sul, entre 1999 y 2008. **Método:** Estudio epidemiológico transversal descriptivo de datos secundarios. **Resultados:** Hubo 977 casos reportados, 646 (66%) eran del sexo femenino, 594 (60,8%) adultos, 732 (74,9%) con tuberculosis pulmonar, 667 (68,3%) arrojaron resultados negativos para el VIH y 783 (80,1%) finalizaron el tratamiento para la curación. La tasa de incidencia es mayor en los hombres y su incidencia se observó en todos los años de estudio. **Conclusión:** la tuberculosis afecta principalmente a hombres adultos, lo que contribuye a una mayor vulnerabilidad en la edad economicamente activa. Se concluye que conocer el perfil epidemiológico puede contribuir a la planificación de acciones y estrategias de los profesionales de la salud y de enfermería en el control de la tuberculosis. **Descritores:** Tuberculosis, Perfil de salud, Sistemas de información, Enfermería.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Função técnica-administrativo/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. E-mail: dalvacezarsilva@yahoo.com.br. ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e da Residência Multiprofissional em Saúde/UFSM. Membro do Grupo Cuidado, Saúde e Enfermagem. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.. E-mail: weiller2@hotmail.com. ³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Professora de Enfermagem da Faculdade Anhanguera Pelotas. E-mail: mari_us@hotmail.com. ⁴ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Enfermagem e Saúde (GEPADES). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: joseenfermagem@gmail.com. ⁵ Enfermeira. Professora Orientadora. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da UFSM. Vice-coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. E-mail: lourdesd@smail.ufsm.br.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença antiga, porém de relevância na atualidade, em decorrência da complexidade que confere ao contexto das políticas públicas em diferentes países¹. Há um elevado contingente de pessoas acometidas pela infecção a nível mundial, dados apontam para um cenário em que dois bilhões de pessoas já se encontram doentes, oito milhões desenvolverão e 1,8 milhões morrerão por TB².

Por esses motivos, a TB é um dos principais problemas mundiais de saúde pública. No entanto, é nos países em desenvolvimento que essa doença tem apresentado um aumento mais substancial, em função do *status* socioeconômico e das desigualdades sociais³.

O Brasil é um dos 22 países que detém 80% da carga mundial de TB e ocupa a 19ª posição em relação ao número de casos e a 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência⁴. Estima-se que 85 mil novos casos de TB sejam identificados por ano, com predomínio de indivíduos entre 15 e 54 anos. A distribuição dos casos está concentrada em 315 dos 5564 municípios do país, correspondendo a 70% da totalidade dos casos, sendo que, anualmente, ainda morrem cerca de cinco a seis mil pessoas por TB, embora ela seja uma doença curável e evitável².

O adoecimento por TB configura-se em uma emergência sanitária, desafiadora para os formuladores das políticas públicas, pois é uma doença historicamente negligenciada⁶. No entanto, com o surgimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), no início da década de 1980, vem preocupando as autoridades mundiais em virtude do crescente número de casos notificados em pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Dessa forma, a associação HIV/TB corrobora o agravamento da

morbidade e mortalidade pela tuberculose em vários países².

Nesse contexto, o advento da SIDA, os movimentos migratórios, a crescente desigualdade social e a multirresistência às drogas do tratamento de TB são aspectos que contribuem para a manutenção do quadro atual da doença. Além disso, a permanência de casos de TB pode estar associada às condições de vida e de trabalho da população, bem como às limitações de acesso aos serviços de saúde, dificuldades para o comparecimento às unidades, não aceitação da doença e às falhas no próprio Programa de Controle à TB^{3,7,8}.

Como medidas frente ao problema epidemiológico colocado para o Controle de TB no Brasil foram eleitos municípios prioritários que concentram a maioria dos casos do País. Essa classificação ocorreu segundo critérios epidemiológicos (incidência, mortalidade e associação com HIV) em combinação com dados operacionais, como taxa de abandono do tratamento⁹. Na região Sul do Brasil, existem municípios prioritários para o controle da TB, sendo dez no Estado do Paraná, sete em Santa Catarina e 22 no Rio Grande do Sul².

Diante da problemática apresentada, destaca-se a importância do conhecimento do perfil dos doentes com TB, por meio da realização de investigações científicas que evidenciam o contexto de adoecimento que afeta o comportamento da patologia e contribuam para o planejamento de ações e estratégias do controle da TB. Assim, este estudo teve como objetivo descrever o perfil de usuários acompanhados pelo serviço de referência em Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, no período de 1999 a 2008.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo transversal¹⁰. As informações sobre os casos de TB foram obtidas por meio de dados secundários, consulta ao livro de registros e aos prontuários de usuários com TB acompanhados pelo Serviço de Tisiopneumologia da Secretaria Municipal de Saúde de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul classificado como Prioritário no Controle da TB. Cabe destacar que esse serviço centraliza as ações de controle de TB no município.

A população do estudo foi constituída por todos os casos de TB, acompanhados no serviço em questão, que iniciaram tratamento no período de 1/1/1999 a 31/12/2008 e residentes na área urbana. Foram excluídos os registros referentes a usuários procedentes dos distritos rurais, uma vez que 95% da população do município estudado reside no espaço urbano¹¹ e também porque o número de registros encontrados pertencentes ao interior foi reduzido. Para evitar erros de retardo de notificação, optou-se por analisar os dados disponíveis até 2008, último ano em que constavam os dados completos.

As variáveis utilizadas para o estudo foram: sexo, faixa etária, realização do teste de HIV, forma clínica e situação de encerramento do tratamento. Para a variável sexo usou-se feminino e masculino. Com as faixas etárias, utilizou-se criança de dois a cinco anos, criança de seis a 15 anos, adolescente de 16 a 25 anos, adulto de 26 a 59 anos, idoso de 60 a 96, e ignorado (quando não informado). A categoria de realização do teste de HIV foi classificada como negativo, positivo, não realizado, e ignorado (quando não informado). A forma clínica da TB foi estratificada em pulmonar, extra pulmonar, pulmonar e extra pulmonar concomitante, e ignorado (quando não informado). Para a situação de encerramento do

tratamento, empregou-se cura, óbito, abandono, falência, transferência, mudança de diagnóstico, e ignorado (quando não informado).

Os dados foram analisados de forma quantitativa, descritiva em números absolutos e frequência simples.

O estudo atendeu as normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹² referente aos aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, sob protocolo nº CAAE 0171.0.243.000-09, e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde em que a pesquisa foi desenvolvida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Entre 1999 a 2008, foram acompanhados 977 casos de tuberculose no serviço de referência da Secretaria Municipal de Saúde em que o estudo foi desenvolvido. Os dados de casos de TB estão apresentados na Tabela 1.

Ano	Masculino		Feminino		Razão (M/F)	Total	
	Número de casos	%	Número de casos	%		Número de casos	%
1999	45	53	40	47	1,1	85	8,7
2000	58	70	25	30	2,3	83	8,5
2001	52	61	33	39	1,6	85	8,7
2002	73	71,6	29	28,4	2,5	102	10,4
2003	53	57,6	39	42,4	1,3	92	9,4
2004	60	59,4	41	40,6	1,7	101	10,3
2005	91	68,9	41	31,1	2,2	132	13,5
2006	85	73,9	30	26,1	2,8	115	11,8
2007	70	75,3	23	24,7	3,0	93	9,5
2008	59	66,3	30	33,7	1,9	89	9,2
Total	646	66	329	34	1,9	977	100

Tabela 1 - Distribuição absoluta de casos de usuários com tuberculose, e porcentagens por ano, segundo sexo, razão (M/F), em um município do interior do RS, de 1999 a 2008.

Na Tabela 1, é possível observar que os percentuais de ocorrência da TB mantiveram-se constantes nos três primeiros anos. A partir de 2002 (10,4%), o número de casos acompanhados começa a aumentar, atingindo 13,5% em 2005 e declinando nos anos posteriores.

A taxa de infecção em homens (66%) apresentou-se significativamente maior do que em mulheres (34%). Nos dez anos do estudo, houve predominância de homens, sendo a razão homem e mulher (H/M) de 1,9. Ao verificar a relação anual homem/mulher, observar-se que a razão oscilou entre 1,1 casos, em 1999 e, 3,0 casos, em 2007.

A taxa de infecção em homens (66%) apresentou-se significativamente maior do que em mulheres (34%). Nos dez anos do estudo, houve predominância de homens, sendo a razão homem e mulher (H/M) de 1,9. Ao verificar a relação anual homem/mulher, observar-se que a razão oscilou entre 1,1 casos, em 1999 e, 3,0 casos, em 2007.

A distribuição da TB em números absolutos e porcentagens, segundo faixas etárias são apresentadas na Tabela 2.

Faixa Etária	Número de Registros	%
Criança de 02 a 05 anos	6	0,6%
Criança de 06 a 15 anos	20	2,1%
Adolescente de 16 a 25 anos	184	18,8%
Adulto de 26 a 59 anos	594	60,8%
Idoso de 60 a 96 anos	147	15,1%
Ignorado	26	2,7%
Total geral	977	100,00

Tabela 2 - Distribuição de casos de usuários com tuberculose de um município do RS, relacionado à faixa etária.

A doença apresenta-se de forma bastante diferenciada nas diversas faixas etárias da população durante os dez anos destacados neste estudo, sendo possível observar o maior predomínio na faixa etária de adultos, seguido de adolescentes e idosos. Considerando a faixa economicamente ativa, formada por adultos e adolescentes, tem-se um percentual de 79,6% do total de casos registrados.

Quanto à forma clínica da TB, a mais frequente foi a pulmonar 732 (74,9%) casos,

seguido pela TB extrapulmonar 228 (23,3%) e em 6 (0,6%) dos casos apresentavam as duas formas, pulmonar e extrapulmonar.

Os dados dos casos de Tuberculose conforme a realização de exames para HIV são apresentados na Tabela 3.

Exame Anti-HIV	Número de Registro	%
Negativo	667	68,3%
Positivo	156	16,0%
Não realizado	41	4,2%
Ignorado	113	11,6%
Total geral	977	100,00%

Tabela 3 - Frequência de casos de usuários com tuberculose, relacionado à realização de exame para HIV.

Verificou-se que entre os usuários com TB que realizaram exames para HIV, 667 (68,3%) apresentaram resultado negativo. No entanto, a comorbidade tuberculose e HIV foi encontrada na concentração de 156 casos (16,0%) de exames positivos para HIV, dos quais 33 foram registrados de sexo feminino e 133 de sexo masculino, sendo a razão homem e mulher (H/M) de 3,7.

Cabe chamar a atenção para a porcentagem de usuários que não realizaram o exame de HIV somados àqueles em que esta informação está ignorada (15,8%), valor importante considerando que a morbi-mortalidade por SIDA é agravada pela TB.

Em relação à situação de encerramento do tratamento da TB, verificou-se que 783 (80,1%) usuários com TB obtiveram alta do tratamento por cura, 81(8,3%) casos resultou em óbito e em 62 (6,4%) registros houve abandono de tratamento. Os outros 5,2% dos casos (n=51) referem-se às situações de falência, ignorado, mudança de diagnóstico e transferência.

De acordo com os dados obtidos, no período de 1999 a 2008, foram registrados no serviço de referência municipal 977 casos de tuberculose, sendo a distribuição da ocorrência por ano, constante e com variações em anos pontuais. A pouca variabilidade e a manutenção

de número de casos entre os anos pode estar associada à baixa efetividade das ações de saúde para controle e eliminação da TB no município, já que o aumento dos números no decorrer dos anos de 2004 a 2006 coincide com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município. Tal fato sugere que nesse período, não necessariamente houve um acréscimo de casos, mas sim uma maior efetividade no diagnóstico de casos novos.

Desse modo, os dados encontrados evidenciam a necessidade de rever as estratégias de ação de prevenção, promoção, reabilitação e cura para o controle da TB junto às equipes e aos serviços de saúde do município, uma vez que, tem-se conhecimento da constância em casos esperados. No Rio Grande do Sul, em 2006, a Secretaria Estadual de Saúde registrou no Sistema Nacional de Agravos e Notificações (SINAN) 4.377 casos novos, representando 55,4% dos casos esperados². Em relação aos indicadores nacionais, é constatado que o Estado de São Paulo possui o maior número absoluto de casos, enquanto que o maior coeficiente de incidência é apresentado pelo Rio de Janeiro⁵.

Em nível mundial, assinalam-se como principais causas para a gravidade da situação atual da tuberculose, a desigualdade social, o advento da SIDA, o envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios¹³.

Nesse contexto, são apontados como necessidades a serem consideradas para áreas com maior risco de adoecimento por TB, mudança no padrão de assistência médica vigente, formação de recursos humanos e redirecionamento das políticas públicas. Igualmente, surge como iniciativa para o controle da TB, uma maior integração dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família no controle da TB, pois essa estratégia permitiria uma cobertura ampliada no acompanhamento de casos de TB a

nível comunitário e familiar, o que mobilizaria uma atenção diferenciada por parte do profissional da Saúde, pois possivelmente as ações e a assistência ocorreriam conforme as necessidades apresentadas pelos usuários com TB em cada realidade¹⁴. Dessa forma, destaca-se que para o sucesso do tratamento e do registro de informações corretas são fundamentais boas relações entre profissionais de saúde e pacientes, do serviço saúde e paciente e do profissional de saúde e o serviço¹⁵.

Com a análise dos dados, constatou-se que 66% dos casos de TB ocorreram entre homens. Esse achado converge com a predominância nacional, que aponta o sexo masculino como a maior parcela da população acometida pela tuberculose no Brasil². Ao comparar a ocorrência de TB entre os sexos masculino/feminino (M/F), observa-se que há predominância dos casos de homens em cada ano do período estudado. As justificativas para o adoecimento no sexo masculino podem estar associados aos fatores biológicos, ao estilo de vida, ao cuidado com a saúde e ainda à busca tardia por assistência nos serviços de saúde.

A percepção da doença pode remeter o homem ao espaço privado, pois muitas vezes a TB o deixa incapacitado para o exercício de uma atividade profissional, acarretando sofrimento, sentimentos de culpa, vergonha e isolamento. Essa situação faz o homem se desligar de seu espaço público masculino, como por exemplo, ser pai e responsável pelo custeio financeiro da família, assim, possibilitando a vivência da doença e da incapacidade, com origem na angústia, frustração e dor¹⁵.

Em estudo realizado no estado do Paraná, 73% dos sujeitos entrevistados pertenciam ao sexo masculino, dos quais 84,6% apresentavam TB pulmonar e 57% situavam-se na faixa etária de 15 a 30 anos³. Também no município do estudo, as maiores taxas de ocorrência se apresentam entre

os adultos (60,8%) e adolescentes (18,8%), concentrando 79,6% do total de casos registrados na faixa etária de 16 a 59 anos, identificando como uma doença de maior frequência em pessoas em idade economicamente ativa². E em relação ao tipo de tuberculose, identificou-se que 732 (74,9%) apresentavam TB pulmonar, o predomínio da forma pulmonar é um dado epidemiológico estimado para o Brasil pelo Ministério da Saúde².

A descrição desses dados indica a necessidade de uma abordagem diferenciada por parte dos profissionais envolvidos no controle da TB para a assistência aos homens em idade economicamente ativa. A abordagem profissional com o paciente precisa ser voltada para a tendência dos homens, a baixa valorização dos sinais e sintomas, a discriminação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Essas situações influenciam retardando o diagnóstico e as medidas terapêuticas cabíveis, como também a baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Ainda, considerando a evolução da TB como doença prevenível, no Brasil, os investimentos em relação ao seu controle tem sido significativos, porém insuficientes⁷.

Outra questão importante no controle da TB é o monitoramento de casos de HIV/AIDS, durante o diagnóstico e tratamento da tuberculose é frequente a descoberta da soropositividade para HIV. A coinfeção HIV-TB exige acompanhamento dos serviços de saúde frente ao potencial de contaminação e agravamento do quadro clínico. Ademais, a TB é a maior causa de morte entre pessoas que vivem com HIV, principalmente relacionada ao diagnóstico tardio. Salienta-se que uma pessoa com AIDS, devido à imunodeficiência, pode apresentar maior vulnerabilidade e desenvolver a tuberculose em qualquer fase da vida^{2,3,5,7,16}.

A cobertura estimada para o Brasil é aproximadamente 70% da testagem para HIV em

peças que desenvolvem TB², apenas cerca de 50% tem acesso ao seu resultado em momento oportuno, com uma prevalência de positividade de 15%. Além disso, a taxa de óbito na coinfeção é de 20%. Em 2008, a TB foi identificada como a primeira causa de morte dos pacientes com AIDS e a quarta causa de morte por doenças infecciosas⁵.

No estado do Rio Grande do Sul, a TB coloca-se como um problema emergencial, Porto Alegre é a primeira capital do país com a maior taxa de incidência em TB e com o dobro da taxa de coinfeção TB-HIV, comparada ao Brasil¹⁷. Entre os usuários com TB que realizaram exames para HIV, visualiza-se 667 (68,3%) com resultado negativo. Com a terapia antirretroviral, tem sido identificada diminuição da incidência de TB nos países onde esses medicamentos são disponíveis¹⁶.

A coinfeção TB e HIV é demonstrada na concentração dos 156 (16,0%) casos de exames positivos para HIV. Além da exigência que a coinfeção coloca para o acompanhamento dos pacientes portadores de TB, no município do estudo a monitorização de ambas as infecções são realizadas em serviços diferentes e de forma centralizada e é o usuário que procura tratamento para TB e HIV. Assim, para atender essa demanda surge a necessidade de discutir a reorganização dos serviços, com descentralização, melhoria no acesso, qualificação profissional e parcerias. Outra proposta apresentada é a realização da referência e contrarreferência, bem como a integração da atenção básica com os hospitais, visando a atendimentos não fragmentados, evitando que o usuário tenha de passar por diversos locais para acompanhamento da coinfeção HIV/TB. Há a necessidade de maior articulação entre os programas de controle de TB e HIV¹⁶.

A importância da atenção dispensada aos casos acompanhados com HIV/TB evidencia a valorização da realização de exames para o esclarecimento da ocorrência da coinfeção, uma

vez que 15,8% dos casos acompanhados com TB não há informação da presença ou não do HIV em decorrência da não realização do exame (4,2%) ou a não informação do mesmo (11,6%). Esse fato aponta para a necessidade de direcionar a atenção para a investigação do vírus HIV em pacientes com TB, lembrando que o exame sorológico anti-HIV deve ser oferecido a todos aqueles com diagnóstico de TB confirmada².

Em relação à variável situação de encerramento do tratamento da TB, verifica-se que 783 (80,1%) dos usuários portadores de TB obtiveram alta do tratamento por cura, 81(8,3%) óbitos e 62 (6,4%) abandono de tratamento.

No Estado do Rio Grande do Sul 2006, a coinfeção TB/HIV foi de 7,2%, a maior do país, e considerando os municípios prioritários, mostrou uma cura de 70,5%, estando abaixo da meta nacional de 85%. O abandono foi de 8,4%, óbitos com TB de 8,4%, transferência de 8,2% e casos não encerrados de 16,4%².

O valor recomendado é detectar precocemente pelo menos 70% dos doentes existentes e de que 85% deles sejam curados². Assim, ao identificar que 80,1% obtiveram cura, sugere-se a importância de enfatizar a busca precoce, reforçar e ampliar a cobertura do tratamento adequado dos casos. As informações apresentadas sinalizam para a necessidade de ações de saúde que possibilitem a constituição de uma rede de cuidado para diagnosticar, acompanhar e tratar os portadores de TB no município.

No entanto, para que ocorra uma conformação da rede de cuidado para o tratamento da tuberculose, evidencia-se a precisão de os profissionais de saúde ampliarem a visão epidemiológica, para ações preventivas sobre a família e a comunidade, diferenciando da atenção focada apenas no doente¹⁴. Essa relação se justifica, pois o paciente se sente marcado pelo

estigma em sua comunidade e mostra-se com temor e angústia de contagiar seus familiares^{15,18}.

Também é destacado como estratégia para a diminuição da taxa de incidência, o controle de forma prioritária dos egressos hospitalares, dos grupos de maiores risco para a adesão ao tratamento, como a população coinfectada TB-HIV, etilista, abrigados, dentre outros, o que possibilitaria diminuir o risco para desenvolvimento de formas mais graves da doença e de mortalidade^{5,7}.

As múltiplas consequências da doença e da morte provocam uma situação de crise, as pessoas atingidas no auge da produtividade, gerando problemas individuais e coletivos, sociais e econômicos, como aqueles relacionados à queda de produtividade da mão de obra gerando perdas econômicas importantes. Isso confere a TB um caráter social econômico e epidemiológico importante, uma vez que acomete mais homens em idade econômica ativa, influenciando nas condições financeiras e sociais do doente com TB e sua família.

É, portanto, fundamental, focalizar investimentos em estratégias de prevenção e assistência, principalmente no que tange à saúde dos homens e pessoas em situação de vulnerabilidade, como forma de garantir a redução da transmissão da tuberculose nesses segmentos populacionais. A implementação dessas ações devem considerar as características socioculturais das comunidades, como por exemplo, a realização de ações educativas e campanhas acessíveis e adequadas às realidades locais, por meio do Programa de Agentes Comunitário de Saúde e da Estratégia Saúde da Família. Nesse contexto, espera-se que ocorra a garantia do envolvimento da sociedade na formulação de mecanismos eficientes de prevenção, assistência e melhoria das condições de vida da comunidade-família-doente com TB¹⁹.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo reforçam os achados de outras pesquisas no sentido de que a incidência da TB apresenta-se notadamente superior entre os homens, bem como, constitui-se ainda em uma importante causa de morbidade, que atinge uma população economicamente ativa.

Tendo em vista a problemática que a TB gera na saúde pública atualmente, acredita-se que desvelar o perfil desses portadores possa ser uma estratégia para contribuir com o planejamento no controle da tuberculose. A apresentação das informações sinaliza para a importância dos profissionais da saúde estar qualificados para a assistência aos homens em idade econômica ativa acometidos por tuberculose, bem como priorizar ações para a prevenção da TB nesse segmento populacional.

Além disso, os serviços devem integrar-se, com estabelecimento formal de fluxos de atendimento, acompanhamento e busca dos casos para controle da tuberculose no Sistema Municipal, nas instituições hospitalares públicas e privadas de saúde, conformando uma rede de cuidado e atenção em saúde. Como também atentar para a importância da realização de exame sorológico anti-HIV para todos as pessoas com diagnóstico de tuberculose confirmada.

Portanto, conclui-se que ao conhecer o perfil desses usuários os profissionais de saúde e enfermagem podem direcionar ações para o controle e a assistência/cuidado da TB de forma mais eficaz, eficiente e segura.

Limitações do estudo: Expressa a representação da realidade do local do estudo, apontando características próprias dessa realidade. O uso de dados secundários não responde quando ocorre o surgimento de alguns questionamentos, porém permite a formulação de novas hipóteses. Uma vez que é importante

considerar que as informações contidas no presente estudo são baseadas em dados secundários, o que pode trazer limitações ligadas à qualidade das informações com vieses de resultados. Da mesma forma, cabe enfatizar sobre as limitações comuns advindas da dificuldade no acompanhamento do tratamento de tuberculose como ao serviço de saúde, dificuldades no diagnóstico, erro no preenchimento das informações. Todavia, essas situações não invalidam a análise de dados locais, tendo em vista que as limitações deste estudo são apenas inerentes àquelas ligadas à utilização de dados secundários.

Sugestões para próximos estudos: que este tipo de estudo seja reproduzido em outros locais para possíveis comparações e que auxiliem na elaboração de estratégias e metas para o controle da tuberculose.

REFERÊNCIAS

- Palha PF. A sustentabilidade da estratégia do tratamento supervisionado no controle da tuberculose, segundo o contexto geopolítico histórico [livre docência] Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Rio Grande do Sul. Brasília(DF): MS; 2006.
- Bowkalowski C, Bertolozzi MR. Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade - Curitiba, PR. *Cogitare Enferm.* 2010;15(1):92-99.
- World Health Organization. Global tuberculosis [Report serial] 2009. Disponível: <http://www.who.int/gtg/publications>.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília (DF): MS; 2010.
- Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Revista da Sociedade de Medicina Tropical* 2002;35 (1): 51-8.
- Souza SS, Silva DMGV, Meirelles BHS. Representações sociais sobre a tuberculose. *Acta Paul Enferm.*2010; 23(1):23-8.
- Bowkalowski C. Vulnerabilidades em pacientes portadores de tuberculose do distrito sanitário de Santa Felicidade - Curitiba/Paraná. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
- Hijjar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, Procopio MJ. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2007, 41(suppl.1): 50-57.
- Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde.* Rio de Janeiro (RJ): MEDSI; 2003.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- Global Tuberculosis Control 2004: epidemiology, strategy, financing [homepage na Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [acesso em 2011 Mar 24]. Disponível em: <http://www.who.int/gtg/publications>.
- Oliveira SAC, Ruffino Netto A, Villa T CS, Vendramini SHF Andrade RLP, Scatena LM. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Rev Lat Am Enferm.* 2009; 17(3): 361-67.

Silva DC, Weiller TH, Soares MU, Santos JLG *et al.*

15. Silva AMFB, Mello FCQ, Figueredo NMA, Kritski AL. The body of the tuberculosis carrier: conflicts, difficulties, and regular projects. *Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online [periódico on line]* 2010 [citado 10 abr 2011];2(3): 1197-1213. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/598.
16. Santos MLSG, Ponce MAZ, Vendramini SHF, Villa TCS, Santos NGM, Wysocki AD, et al. The epidemiological dimension of TB/HIV co-infection. *Rev Lat Am Enfermagem*.2009; 17(5): 683-88.
17. Fundo Global Tuberculose Brasil. Sul debate o controle da tuberculose [homepage na Internet]. Disponível em: <http://www.fundoglobaltb.org.br/site/noticias/mostraNoticia.php?Section=5&id_conten t=1328>. Acesso em: 04 Set. 2010.
18. Bittencourt A, Kritski AL, Paz EPA. Daily of the enrolled carriers of tuberculosis in program of treatment of a university hospital in the city of Rio de Janeiro. *Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online [periódico on line]* 2010 [citado 20 abr 2011]; 2(3):460-69. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/407
19. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Out-Dez;16(4): 712-718.

Recebido em: 29/04/2011

Aprovado em: 21/07/2011