

**ANÁLISE DO PERFIL DOS DOENTES DE TUBERCULOSE EM
TRATAMENTO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB**

**Jannaina Cardoso Monteiro¹, Fernanda Carla Magalhães², Fernanda
Ferreira Souza², Emanuella de Castro Marcolino², Márcia Santos
Martiniano³, Francisco de Sales Clementino⁴**

¹CEAS- Escola Técnica de Enfermagem Nutrição e Dietética

²Universidade Estadual da Paraíba

³Secretaria Municipal de Ensino

⁴UNESC Faculdades

¹jannamonteiro1@hotmail.com

²fernandaferreira-ffs@hotmail.com

Resumo: A tuberculose, atualmente constitui-se, no cenário mundial, um grave problema de saúde pública. Nesse sentido, desenvolveu-se um estudo exploratório e descritivo, com o objetivo de identificar as características epidemiológicas dos doentes de tuberculose do município de Campina Grande-PB, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família. Entrevistou-se 34 doentes de Tuberculose que realizaram tratamento no período de 2007 a 2008. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada. As questões norteadoras foram elaboradas com base nas recomendações operacionais propostas pela Estratégia DOTS. Espera-se contribuir para a construção de uma nova perspectiva da questão saúde entre os diferentes agentes que fazem as instituições assistenciais e de formação de profissionais.

Palavras-Chave: Tuberculose pulmonar; Descentralização; Saúde da Família; Terapia diretamente observada; Pesquisa em Enfermagem.

Introdução

Uma das mais antigas doenças que acometem a humanidade continua viva no cenário mundial e reemerge como um grave problema de saúde pública, reflexo da má distribuição de renda e da conseqüente precariedade das condições de vida de grande parte da população. De acordo com Bierrenbach et al., (2007), no Brasil foram notificados em torno de 72.000 casos tuberculose (TB) por ano, entre 2000 e 2004. Em 2005, uma avaliação da OMS, englobando os 22 países que mais concentram casos de tuberculose no mundo, indicava que a taxa de cura da doença (81%), no Brasil, era a nona pior entre todos os países analisados (WHO, 2007).

Os estados brasileiros com maior número de casos de tuberculose são: Amazonas com (68,93 por 100 mil), o Rio de Janeiro vem em segundo lugar (66,56). Na Paraíba, especificamente no município de Campina Grande, onde este estudo foi realizado segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2009), foram notificados 96 casos referentes à coorte de abril 2007 a março de

2008. Destes, 82 (85,4%) apresentaram a forma pulmonar, 13 (13,5%) a extra-pulmonar e 01 (1%), a forma mista (extra-pulmonar e pulmonar).

Franco e Mehry (2003) apontam que a organização dos processos de trabalho apresenta-se como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família, a fim de fazê-la atuar de forma centrada no usuário e em suas necessidades. As políticas públicas na área da saúde foram direcionadas a outros campos de atuação e, conseqüentemente, as ações de combate à tuberculose foram relegadas a segundo plano, por ser considerada um problema sob controle (RUFFINO-NETTO, 2002). Na dimensão da saúde pública, prioriza-se o diagnóstico e o tratamento dos pacientes para minimizar a transmissão da doença nas comunidades. (WHO, 2002).

Nessa Perspectiva, o Tratamento Diretamente Observado (DOT), surge como tecnologia de gestão do cuidado para o controle da tuberculose, constituindo-se um conjunto de atividades voltadas para o planejamento do tratamento do doente e da

família com tuberculose, a ser executada por uma equipe de saúde. Inclui as seguintes atividades: avaliar o perfil sócio-cultural e econômico do doente e sua participação no plano terapêutico e de adesão ao tratamento; observação da ingestão da medicação pelo profissional de saúde ou responsável pela supervisão; suporte psicológico ao doente e à família; busca de sintomáticos respiratórios; entrega de incentivos; monitoramento do estado de saúde do doente através dos dados registrado no sistema de informações em saúde; dentre outras atividades (GONZÁLES et al, 2008). Lucena e Goes (1999) relatam que tudo o que acontece com o paciente deve ser considerado. A enfermagem pode contribuir com ações que promovam ou restaurem as habilidades da pessoa e façam com que ela desperte o seu potencial na busca do seu próprio bem-estar (ARMELIM, 2005). Foi de extrema importância conhecer, discernir e analisar as representações sociais da tuberculose pelos usuários das Unidades de Saúde da Família do Município de Campina Grande-PB, frente à descentralização das ações de controle da doença, pois através deste conhecimento obtivemos êxito no resultado final do tratamento.

Material e Método

Estudo exploratório e descritivo. Onde foi feita uma entrevista a 34 doentes de Tuberculose que realizaram tratamento no período de 2007 a 2008. Foram abordadas questões quanto ao grau de escolaridade, quanto à ocupação, quanto à renda, quanto ao número de pessoas residentes no domicílio e quanto ao gênero. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada. As questões norteadoras foram elaboradas com base nas recomendações operacionais propostas pela Estratégia DOTS, a saber: acesso aos exames laboratoriais; garantia de medicamentos; tratamento diretamente observado. Além disso, foram consideradas as experiências do usuário nas relações familiares e com os diferentes grupos sociais.

Os dados foram tratados e organizados de forma sistemática, sendo transportados para tabelas através do software Excel. Estes dados foram confrontados com os achados da análise.

Resultados

Caracterizando os sujeitos da pesquisa atendidos pelo DOTS em Campina Grande-PB.

TABELA 1 – Caracterização dos usuários que realizaram tratamento de tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Campina Grande-PB, 2007/2008.

CASOS DE TUBERCULOSE	TOTAL	
	n	%
GÊNERO		
Masculino	19	55,8
Feminino	15	44,2
FAIXA ETÁRIA		
Criança e Adolescente (11 – 20 anos)	03	8,8
Adulto Jovem (21 – 35 anos)	11	32,3
Adulto 36 a 60 anos	20	58,8
ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental Incompleto	12	35,2
Ensino Fundamental Completo	05	14,7
Ensino Médio Completo	03	8,8
Ensino Médio Incompleto	02	5,8
Analfabeto	12	35,2
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO		
Domésticas (do lar)	05	14,7
Estudantes	06	17,6
Pedreiro	06	17,6
Aposentado	07	20,5
Sem Ocupação	04	11,7
*Outros	06	17,6
RENDA FAMILIAR		
01 a 02 salários mínimos	23	67,7
< 01salário mínimo	11	32,3
Pessoas por domicílio do usuário		
01 a 02 pessoas	04	11,7
03 a 04 pessoas	02	5,8
05 a 06 pessoas	13	38,2
+ de 05 pessoas	15	44,1
Formas Clínicas		
Tuberculose Pulmonar	30	88,2
Extra-Pulmonar (adenopatia cervical)	04	11,7

Quanto ao gênero, houve uma predominância no diagnóstico de tuberculose entre os indivíduos do sexo masculino (55,8%). Quanto à faixa etária, a idade dos entrevistados variou entre 10 e 60 anos, predominando a faixa dos 36 aos 60 anos, com 20 (58,8%) participantes, seguida dos adultos jovens e adultos (21- 35 anos), com 11 (32,3%) correspondentes e, em menor frequência, as crianças e adolescentes (11-20 anos), com 03 (8,8%) participantes.

No que diz respeito ao grau de escolaridade verificou-se que a tuberculose acometeu predominantemente indivíduos de baixo nível de escolaridade, sendo mais freqüente entre aqueles com ensino fundamental incompleto (35,2%) e analfabeto (35,2%). Quanto à ocupação, verificou-se uma distribuição heterogênea, com discreto predomínio das tarefas domésticas (14,7%), que correspondeu ao universo feminino; bem como de estudantes (17,6%), pedreiros (17,6%) e indivíduos sem ocupação (11,7%).

Em relação à renda, um percentual significativo de participantes (32,3%) afirmou receber menos de 1 salário mínimo mensal. Estes resultados são consistentes com o fato da tuberculose ser considerada uma doença associada à miséria e às más condições de vida. A doença está associada ao desemprego e ao subemprego, ao baixo grau de escolaridade, à alimentação deficiente e insuficiente, à habitação insalubre e a outros fatores associados à pobreza, constituindo-se numa enfermidade de condicionamentos sociais (BRASIL, 1998).

Ao analisar o número de pessoas residentes no domicílio, verificou-se que 44,1% dos indivíduos acometidos por tuberculose compartilhavam o ambiente familiar com mais de cinco pessoas, reforçando o papel da aglomeração na transmissibilidade da doença e fortalecendo a cadeia epidemiológica.

Quanto às formas de ocorrência da TB identificadas nos participantes do estudo, constatou-se a predominância de TB na forma pulmonar, em 30 (88,2%) sujeitos da pesquisa.

Discussão

Considerando-se a situação social do lugar em que se situa, faz-se necessário articular os resultados empíricos

encontrados no estudo com a interlocução dos autores, em busca do conhecimento da realidade do contexto estudado, a partir de informações importantes sobre as condições de inserção no grupo de pertencimento e/ou atividade da vida diária.

Vendramini et al. (2005) realizaram um estudo no qual compararam os indicadores de morbidade e mortalidade por tuberculose entre os habitantes do município de São José do Rio Preto-SP, o estado de São Paulo como um todo e aqueles registrados para o país, além de avaliar a relação entre o risco de ocorrência da doença e os níveis socioeconômicos, entre 1985 e 2003. Concluíram que, em todos os casos avaliados, os homens apresentaram risco de morrer por TB duas a três vezes maiores do que as mulheres.

Santos et al. (2002), em estudo sobre a tendência da morbi-mortalidade por tuberculose no Distrito Federal, observaram que houve predomínio da incidência da doença, sob "todas as formas", em indivíduos do sexo masculino e a partir dos 15 anos de idade. Os autores não verificaram nenhum incremento das taxas de incidência nas mulheres em idade reprodutiva. Para eles, o fato das mulheres utilizarem, habitualmente, os serviços de saúde, sobretudo, em programas da mulher, criança e adolescente, facilita o diagnóstico precoce de TB. Ainda destacam que, nos últimos anos, as mulheres têm-se inserido no mercado de trabalho e ampliado sua escolarização (SANTOS, 2002).

Semelhante aos achados deste estudo, Oliveira (2004), estudando a situação epidemiológica da tuberculose e as condições de vida no município de São Gabriel da Cachoeira/AM, verificou que tanto na área urbana quanto na rural, o maior coeficiente de incidência da doença foi na faixa etária acima de 50 anos. Da mesma forma, Manjuba et al. (2008), em pesquisa sobre a tuberculose na República da Guiné-Bissau, 2000 a 2005, junto ao Programa Nacional de Luta Contra Lepre e Tuberculose (PNLT), chamam à atenção o fato de que 55,3% dos casos de tuberculose eram da forma pulmonar bacilífera, ou seja, a de maior poder de transmissão da doença. Segundo os autores, a análise dos relatórios demonstrou que, em 2005, 63,0% destes casos estavam concentrados na faixa etária de 25 a 54 anos, ressaltando a necessidade de intensificação da busca ativa neste grupo etário para identificação e

tratamento das fontes de infecção, a fim de interromper a cadeia de transmissão da doença.

Eles ainda afirmam que sobre a tuberculose também incide um peso econômico importante para o país, uma vez que ela acomete indivíduos na fase mais produtiva ou economicamente ativa da vida. Para Lima et al. (2004), o acometimento de indivíduos em faixa etária mais jovem é preocupante, porque afeta um grupo de pessoas na fase mais produtiva da vida. Tal fato requer a mobilização das organizações sanitárias para o controle da tuberculose.

Desse ponto de vista, Santos (2002), ao estudar as causas da desigualdade que separam ricos e pobres no Brasil, destaca o baixo nível de escolaridade como fator primordial. Essa linha de raciocínio é reforçada por Minayo (2000), quando afirma que as desigualdades se revelam nas diferenças enfrentadas pelos grupos populacionais na apropriação de bens, serviços e direitos sociais, políticos e culturais. Embora a saúde das pessoas tenha melhorado de um modo geral nos últimos tempos, para Santos et al. (2007), o que se observa é que essa situação privilegia grupos mais favorecidos economicamente, em detrimento das populações mais pobres e socialmente desfavorecidas e marginalizadas, as quais são atingidas de forma intensa e desproporcionada pelas diferentes doenças, dentre elas, a tuberculose, que tem se estabelecido de forma assustadora nas camadas populacionais de países menos favorecidos.

Ao se observar a transmissão da tuberculose e as características individuais associadas à doença, conclui-se que o precário processo educacional se constitui num dos fatores associados mais importantes e significativos, na medida em que faz com que a tuberculose seja entendida como um problema social (BRASIL, 2002).

Complementando, Cortezi e Silva (2006) afirmam que a baixa escolaridade dificulta a autopromoção da saúde do paciente. Para tentar superar este obstáculo, há necessidade de adequação da linguagem dos profissionais da saúde para o melhor entendimento dos pacientes sobre a gravidade da doença. Refletindo ainda sobre estas questões, Costa et al. (1998) esclarecem que a baixa escolaridade é resultado de todo um conjunto de condições

sócio-econômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade à tuberculose e são responsáveis por uma maior incidência da enfermidade e menor adesão ao tratamento. Ao se observar a transmissão da tuberculose e as características individuais associadas à doença, conclui-se que o precário processo educacional se constitui num dos fatores associados mais importantes e significativos, na medida em que faz com que a tuberculose seja entendida como um problema social (BRASIL, 2002e).

Embora a saúde das pessoas tenha melhorado de um modo geral nos últimos tempos, para Santos et al. (2007), o que se observa é que essa situação privilegia grupos mais favorecidos economicamente, em detrimento das populações mais pobres e socialmente desfavorecidas e marginalizadas, as quais são atingidas de forma intensa e desproporcionada pelas diferentes doenças, dentre elas, a tuberculose, que tem se estabelecido de forma assustadora nas camadas populacionais de países menos favorecidos.

Nessa perspectiva, Hijjar et al. (2001) demonstram que a diferença da incidência de tuberculose entre países ricos e pobres é de sete vezes, com tendência de ampliação da gravidade da doença no caso de não serem criadas estratégias para a redução do problema. Isso significa uma estimativa, até 2020, de um bilhão de pessoas infectadas, 200 milhões de doentes e 35 milhões de óbitos.

Caldeira et al. (2004), após realizarem um estudo com crianças portadoras de tuberculose, concluíram que a maioria delas contraiu a doença através do contato intradomiciliar com pacientes bacilíferos. Os mesmos autores chamam a atenção para uma peculiaridade que deve ser levada em conta, concernente à situação em que pessoas expostas a pacientes bacilíferos, mesmo quando vacinadas, são consideradas de alto risco para contrair a infecção.

Santos et al. (2007) constataram que habitações superlotadas, relacionadas às baixas condições socioeconômicas tendem, a partir da ocorrência de um caso, levar a um aumento na transmissão do bacilo. Tal fato implica na maximização da prevalência da infecção por TB, com conseqüente incremento da incidência da doença. Além desses autores, em estudo realizado na cidade de Olinda-PE, no período de 1996 a

2000, verificou-se que as altas taxas de incidência da tuberculose apresentavam associação estatisticamente significativa com a média de moradores por domicílio.

A forma extra-pulmonar apresentou-se, em sua totalidade, a partir da adenopatia cervical. Corroborando os resultados deste estudo, Rodrigues et al. (2006) observaram, em Jurunas-PA, com relação às formas clínicas dos pacientes portadores de tuberculose, a predominância de tuberculose pulmonar, presente em 121 (87,0%) dos 139 indivíduos avaliados. Sabe-se que a tuberculose afeta quase todos os órgãos do corpo, mas a forma pulmonar é predominante e tem importância epidemiológica preponderante, por sua transmissibilidade (SÃO PAULO, 2002). A forma pulmonar com bacilo é detectável no escarro, através do exame direto, como a fonte de infecção de maior importância na transmissão ou contágio da TB, sob o ponto de vista epidemiológico. Nesse sentido, a OMS (2007) relata que, apenas alcançando as metas mínimas de 70% de detecção dos casos e 85% de cura destes, é que se poderá viabilizar controle real da doença, com redução gradativa das taxas de morbidade em torno de 5% ao ano.

Considerações Finais

Estudo exploratório quantitativo, com o objetivo de identificar as características epidemiológicas dos doentes de tuberculose do município de Campina Grande-PB, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

A análise dos dados apresentados neste estudo mostra que o problema da tuberculose no Brasil reflete o estágio de desenvolvimento social do país, onde prevalecem o estado de pobreza, a ausência de um sistema de saúde organizado, associados às dificuldades de gestão nas três esferas de governo que inibem o controle das doenças marcadas pelo contexto social.

Acredita-se que a resolução deste problema dependa, principalmente, de medidas de prevenção da doença. Dentre as medidas de prevenção primária, destacam-se as de promoção da saúde (melhoria da habitação, emprego, alimentação de qualidade e ações educativas, dentre outras).

Referências

ARMELIN, M. V. **Apoio emocional às pessoas hospitalizadas.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005. p132.

BIERRENBACH, Ana Luiza; GOMES, Adriana Bacelar Ferreira; NORONHA, Elza Ferreira, SOUZA, Maria de Fátima Marinho de. 2007. **Incidência de tuberculose e taxa de cura.** Brasil, 2000 a 2004. **Rev de Saúde Pública** 41 (supl.1), p.24-33.

BRASIL. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. **Controle da tuberculose: Uma proposta de integração ensino-serviço.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CALDEIRA, Sandriani Darini; HIANE, Priscila Aiko, RAMOS, Maria Isabel Lima et al. Caracterização Físico-Químico do Araçá (*Psidium quineense* SW.) e do Tarumã (*Vitex cymosa* Bert.) do Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista B. CEPPA**, Curitiba, v. 22, n.1. 2004.

CORTEZI, Mari Dalva; SILVA, Marcos Vinicius da. Abandono do tratamento da tuberculose em pacientes co-infectados com HIV, em Itajaí, Santa Catarina, 1999 - 2004. **Bol. Pneumol. Sanit.**, 2006, v. 14, n.3, p.145-152.

COSTA, Juvenal Soares Dias; GONÇALVES, Helen; MENEZES, Ana Maria et al. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. 409-415, 1998.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudanças do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003.

GONZALES, Roxana Isabel et al. Performance indicators of DOT at home for tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2008, vol.16, n.1, pp. 95-100. ISSN

0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692008000100015.

HIJJAR, M. A.; OLIVEIRA, M. J. P. R. T.; TEIXEIRA, M. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Bol Pneumol Sanit.** 2001, v. 9, n. 2, p. 9-16.

LUCENA, Amália de Fátima; GOES, Marta Georgina Oliveira de. O processo de comunicação no cuidado do paciente submetido ao eco-stress: algumas reflexões. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, p. 37-48, 1999.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

OLIVEIRA, Rosilene Martins de. **Situação epidemiológica da tuberculose e as condições de vida no município de São Gabriel da Cachoeira/AM.** 2004. 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Manaus: Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Oficina Sanitária Panamericana, Oficina Regional de la Organización de la Salud**, Washington/DC, v. 5, n. 1, fev. 2007.

RODRIGUES, Adrielle Guimarães; FONSECA, Letícia Alves; AGUIAR, Glaucete. Caracterização da população portadora de tuberculose na unidade de saúde do jurunas- Belém do Pará, no período de janeiro a dezembro de 2006. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicina_aesaude/fisioterapia/doencas/tuberculose_le_ticia.htm> Acesso em: 15/06/2009

RUFFINO NETO. Tuberculosis: the neglected calamity. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.

SANTOS Adriano Maia dos, ASSIS, Marluce Maria Araujo, RODRIGUES, Ana Áurea Alcécio de oliveira, NASCIMENTO, Maria Ângelo Alves do, JORGE, Maria Salete Bessa. **Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, 2007; 23(1): 75-85.

SANTOS, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. **Rev Latino-am Enfermagem** 2002 setembro-outubro; 15(especial): 762-7.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Tuberculose e outras Pneumopatias. **Manual de orientação para coleta de escarro e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose.** São Paulo: SES, 2002.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura municipal de Campina Grande. **Relatório de Gestão.** Campina Grande - Paraíba, 2009.

VENDRAMINI, Silvia Helena Figueiredo; GAZETTA, C. E.; CHIARAVALLI NETO, F. et al. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2005, v. 31, n. 3, p. 237-243.

WHO. Geneva: WHO Report 2002.

WHO. **Global Tuberculosis control.** Surveillance, planning, financing. WHO report 2007. Geneva, 2007. Disponível em <www.who.int/tb/publications/global_report/2007/pdf/full.pdf>. Acesso em 15 de dez. de 2007.