

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

Adalberto Fuzaité

**TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO
DE ASSIS NO PERÍODO DE 2004 A 2008**

**ASSIS
2009**

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

Adalberto Fuzaité

**TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO
DE ASSIS NO PERÍODO DE 2004 A 2008**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC,
apresentado a Fundação Educacional do
Município de Assis, como exigência para a
obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Professora Mariana Goering
Barreiro.

**ASSIS
2009**

FICHA CATALOGRÁFICA

FUZAITE, Adalberto.

Tuberculose na População do Município de Assis no período de 2004 a 2008 / Adalberto Fuzaito. Fundação Educacional do Município de Assis – Fema: Assis, 2009
60p.

Orientadora: Profª Enfª Mariana Goering Barreiro
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Enfermagem – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

1. Tuberculose. 2. Enfermagem. 3. Doença Transmissível

CDD: 610
Biblioteca da FEMA

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

Adalberto Fuzaito

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC,
apresentado a Fundação Educacional do
Município de Assis, como exigência para a
obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Professora Mariana Goering
Barreiro.

BANCA EXAMINADORA

Enf^a Isabel Cristina Guedes Mazalli
Fundação Educacional do Município de Assis

Prof^a Dr^a Annecy Tojeiro Giordani
Fundação Educacional do Município de Assis

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

Adalberto Fuzaito

**TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO
DE ASSIS NO PERÍODO DE 2004 A 2008**

Com base no disposto da lei Federal n. 9160, de 19/02/1998, AUTORIZO a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, sem ressarcimento dos direitos autorais, a disponibilizar na rede mundial de computadores e permitir a reprodução por meio eletrônico ou impresso do texto integral e/ou parcial da OBRA acima citada, para fins de leitura e divulgação da produção científica gerada pela Instituição.

Assis-SP, ____/____/____

Adalberto Fuzaito

Declaro que o presente Trabalho de Conclusão de Curso, foi submetido a todas as Normas Regimentais da Fundação Educacional do Município de Assis e, nesta data AUTORIZO o depósito da versão final desta monografia bem como o lançamento da nota atribuída pela Banca Examinadora.

Assis-SP, ____/____/____

Prof^a. Mariana Goering Barreiro

DEDICATÓRIA

Dedido este trabalho

*Aos meus pais,
Thereza e João (in memoriam),
Por nunca desanimarem diante dos obstáculos
e por me ensinarem a agir sempre de forma correta.*

*A meu irmão,
Denílson,
Que sempre me incentivou
nos momentos de dificuldade.*

*A todos aqueles que,
direta ou indiretamente colaboraram,
dando apoio e força para que perseverasse.*

AGRADECIMENTOS

Durante todo período de graduação, tive a feliz oportunidade de encontrar pessoas importantes, para minha vida pessoal e profissional que contribuíram, de diferentes maneiras, para que o sonho se tornasse realidade.

Os meus sinceros agradecimentos:

A todos os professores que, sem medir esforços, se dedicaram no ensino, compartilhando seus conhecimentos.

A todos os supervisores de estágio que, também sem medir esforços, estiveram sempre presentes orientando e compartilhando suas experiências.

A todos os companheiros de classe, por todos os momentos vividos, em especial a Maria do Carmo, Eliane e Toninha por toda ajuda e por serem amigas sempre presentes.

Aos companheiros de estágio que, pelo tempo de convivência, considero como uma grande família.

Em especial a orientadora Enf^a Mariana Goering Barreiro que, com sua calma, soube direcionar meus pensamentos, de forma dedicada e competente, orientando-me na elaboração deste trabalho.

A todos os integrantes da equipe da Unidade de Saúde GIPA - Grupo Integrado de Prevenção a AIDS/HIV, DST e Tb, pelo acolhimento e colaboração na coleta de dados.

RESUMO

Tuberculose na população do município de Assis no período de 2004 a 2008

Este trabalho visa realizar um estudo da ocorrência de tuberculose na população do município de Assis/SP, tendo em vista ser ela uma doença que, apesar de ser muito pouco comentada na mídia, ainda ocorre com milhares de pessoas no mundo inteiro, pois é altamente contagiosa e pode provocar a morte. A escolha deste tema justificase por não ter ainda nenhum trabalho sobre a referida doença no município e por estar ligada a fatores sócio-econômicos, já que no passado era evidente entre as “classes pobres”. Foi realizada coleta de dados junto ao Grupo Integrado de Prevenção a AIDS/HIV, DST e TB – GIPA, tendo como sujeito deste trabalho uma amostra de 50 prontuários de pacientes, dos últimos 5 anos. Tem por objetivo identificar fatores agravantes e dificultadores do tratamento, além de demonstrar, através de tabelas e gráficos, as informações levantadas. Visa contribuir para a área pública, tendo em vista o crescimento do município e sua população, a falta ou insuficiência de informação sobre a doença por parte da população e buscar formas mais efetivas no tratamento e principalmente na prevenção da tuberculose. Após análise dos prontuários e fichas de notificação constatou-se que, de acordo com a amostra, 90% dos pacientes obtiveram alta por cura, onde a maior ocorrência está entre homens na faixa de 41 a 50 anos, sendo que a forma mais encontrada da doença é a tuberculose pulmonar devido a sua forma de transmissão. Os resultados são uma parcial, elaborados de acordo com a amostra, mas é interessante que este estudo seja estendido a todos os casos ocorridos no período de 2004 a 2008.

Unitermos: tuberculose; enfermagem; doença transmissível.

ABSTRACT

Tuberculosis in the population of the city of Assisi in the period 2004 to 2008.

This paper aims to conduct a study of the occurrence of tuberculosis in the population of the municipality of Assisi, being it a disease which despite very rarely commented in the media, still affects thousands of people around the world once it is highly contagious and may cause death. Choosing this topic is justified by not having any further work on the disease in the municipality and for being linked to socio-economic factors, as even in the past it was evident among the "poor". Data collection was carried out together with the Integrated Group for AIDS/HIV, STD, and TB – GIPA/APIG Prevention, having as subject of this work a sample of 50 patient's records from the last five years. It aims to identify aggravating factors and difficulties for the treatment, and demonstrate through tables and graphs the information acquired, as well as to contribute to the public area, given the growth of the city and its population, the lack or inadequacy of information on the disease by the population and seek more affective ways in the treatment and especially in the prevention of tuberculosis. After examining the records and notification cards data, it was found that, according to the sample, 90% of patients were discharged after being cured, the main occurrence being among men in the range of 41 to 50 years, and the most frequent form of the disease being pulmonary tuberculosis due to its mode of infection. The results achieved are partial, prepared in accordance with the sample, but it is interesting that this study encircles all cases occurring from 2004 to 2008.

Key words: tuberculosis, nursing, contagious disease

RESUMEN

Tuberculosis em la población de la ciudad de Assis-SP desde 2004 hasta 2008

Este trabajo tiene por objeto el estudio de la incidència de la tuberculosis em la población del município de Assis-sp, que aspira a ser una enfermedad que aunque es muy rara, vez se hablada em los médios de comunicación, todavia hay miles de personas em todo el mundo, porque es muy contagiosa y puede causar la muerte. La elección de este tema se justifica por no Haber aún ningún trabajo referente a la enfermedad em el município y está vinculada a factores socioeconômicos, como em el pasado era evidente entre los pobres. Se realizó la recolección de datos con el grupo integrado de prevenção VIH / SIDA, enfermedades de transmisión sexual, con el objeto de este estudio una muestra de los registros de 50 pacientes de los últimos 5 años. Tiene como objetivo identificar los factores agravantes y dificultadores tratamiento, y demostrar, a través de tablas e gráficos, la información recopilada. Su objetivo es ayudar a la zona pública, dado el crecimiento de la ciudad y su gente, la falta o insuficiencia de información sobre la enfermedad entre la población y encontrar maneras para tratar más eficaz y sobre todo la prevención de la tuberculosis. Después de examinar los registros y formularios de informes revelaron que, de acuerdo a la muestra, el 90% de los pacientes fueron dados de alta después de ser curado, donde la incidència es mayor entre los varones de 41 a 50 años, con la mayoría considero que em la tuberculosis es la enfermedad pulmonar debido a su modo de transmisión. Los resultados son una parte, preparado de conformidad con la muestra, pero es interesante que este estudio se ampliará a todos los casos ocurridos desde 2004 hasta 2008.

Palabras claves: tuberculosis; enfermagem; enfermedades transmisibles

Lista de Figuras

Figura 1 – Bacilo de Koch.....	33
Figura 2 – Bacilo de Koch.....	33

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição de casos de TB por área de ocorrência	34
Tabela 2 – Distribuição de casos de TB por ocupação dos pacientes.....	35
Tabela 3 – Distribuição de casos de TB por ocorrência em faixa etária.....	36
Tabela 4 - Distribuição de casos de TB por quantidade de exames complementares realizados.....	37
Tabela 5A - Distribuição de casos de TB por exames realizados (resultados) – Raio X.....	38
Tabela 5B - Distribuição de casos de TB por exames realizados (resultados) – HIV.....	38
Tabela 5C - Distribuição de casos de TB por exames realizados (resultados) – Baciloscopia de escarro / outro material e Cultura de escarro / outro material.....	39

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição de casos de TB por forma clínica.....	40
Gráfico 2 - Distribuição de casos de TB por sexo.....	41
Gráfico 3 - Distribuição de casos de TB por tipos de alta.....	42
Gráfico 4 - Distribuição de casos de TB por esquema de tratamento (administração de drogas).....	43
Gráfico 5 - Distribuição de casos de TB por principais agravos associados.....	44
Gráfico 6 - Distribuição de casos de TB por esquemas de tratamento (drogas utilizadas)	45
Gráfico 7 - Distribuição de casos de TB por ocorrência anual....	46
Gráfico 8 - Distribuição de casos de TB por história de tratamento.....	47
Gráfico 9 - Distribuição de casos de TB por tipo de descoberta.	48
Gráfico 10 - Distribuição de casos de TB por ocorrência de internação durante o tratamento	49
Gráfico 11 - Distribuição de casos de TB por data dos primeiros sintomas até a descoberta do diagnóstico e início do tratamento.....	50

Sumário

Resumo	08
Abstract.....	09
Resumen.....	10
1. Introdução.....	14
2. Objetivos.....	15
3. Metodologia.....	15
4. Revisão da Literatura.....	17
4.1. Tuberculose X História.....	17
4.2. Agente Etiológico.....	19
4.3. Reservatório.....	20
4.4. Transmissão.....	20
4.5. Sintomatologia.....	21
4.6. Suscetibilidade e imunidade.....	21
4.7. Diagnóstico.....	21
4.7.1. Exame de baciloscopia.....	22
4.7.2. Interpretação dos resultados laboratoriais na baciloscopia de escarro.....	23
4.7.3. Classificação.....	23
4.8. Tratamento.....	24
4.9. Critérios para encerramento do tratamento.....	26
4.10. Tuberculose X AIDS.....	27
4.11. Tuberculose X Instituições Penais.....	27
5. Considerações Finais.....	28
6. Referências Bibliográficas.....	31
7. Anexos	
7.1. Parecer do Comitê de Ética do Hospital Regional de Assis.....	51
7.2. Orientação para coleta de escarro.....	52
7.3 . Classificação.....	54
7.4. Solicitação de Baciloscopia Pesquisa de BAAR – TB.....	55
7.5. Solicitação de Cultura Micobactérias – TB.....	56

7.6. Ficha de Notificação de Tuberculose (frente).....	57
7.7. Ficha de Notificação de Tuberculose (verso).....	58
7.8. Controle de Tratamento Supervisionado (frente).....	59
7.9. Controle de Comunicantes (verso).....	60

1. INTRODUÇÃO

A escolha do tema tuberculose como instrumento deste trabalho não é simplesmente ao acaso, mas sim uma maneira de se identificar à situação da ocorrência da doença no município, uma vez que é altamente contagiosa podendo provocar a morte. Este é um assunto não muito comentado na mídia, mas um estudo realizado junto a instituições penais da cidade de Campinas demonstra a ocorrência da tuberculose, com um agravante que é a institucionalização, sendo que somente no Estado de São Paulo existem mais de 100 unidades. Constatou-se também que no município, até o momento, não existe elaboração de nenhum trabalho semelhante.

A elaboração deste trabalho tem como justificativa a falta ou insuficiência de informação sobre a doença tuberculose por parte da população, o que pode vir a confundir com um quadro clínico de outra patologia, de forma a contribuir para a área de saúde pública, tendo em vista o crescimento do município e de sua população, buscando formas mais efetivas no tratamento e principalmente na prevenção da tuberculose, visando diminuir os riscos de transmissão em meio à família, comunidade e município, já que ela esta relacionada a fatores sócio-econômicos como moradia, higiene e alimentação.

Na presente pesquisa, pretendemos estabelecer uma análise sobre a incidência de casos de tuberculose na população da cidade de Assis, tendo como campo de estudo para obtenção de dados, a Secretaria Municipal de Saúde de Assis, através da Unidade de Saúde denominada de GIPA – Grupo Integrado de Prevenção a AIDS/HIV, DST e Tb.

A referida unidade pesquisada, atualmente localiza-se na cidade de Assis, à Rua Cândido Mota nº 48 esquina com a Rua João Pessoa, Vila Central e conta com uma sede própria, que realiza assistência multiprofissional a população, tratamentos, coleta de exames e trabalhos de orientação e prevenção relacionados à AIDS/HIV, DST e tuberculose.

Seu quadro funcional é composto pela seguinte equipe multiprofissional: enfermeira, coordenadora de saúde, médica infectologista, assistente social, psicólogo, auxiliares de enfermagem e agentes administrativos.

2. OBJETIVOS

Este trabalho visa demonstrar a ocorrência de tuberculose na população da cidade de Assis através da coleta de dados no período de 2004 a 2008, em prontuários de saúde dos pacientes inseridos no programa, bem como suas fichas de notificações compulsórias de tuberculose.

Tem também por objetivo relatar toda rotina no procedimento de coleta de material de exame do escarro – BK, seu transporte e análise em laboratório de referência, até a confirmação diagnóstica e início do tratamento. Mais especificamente, objetiva realizar uma revisão literária sobre a tuberculose com a pesquisa de campo, onde serão coletados dados dos prontuários dos pacientes, dos últimos cinco anos, utilizando os registros e as fichas de notificações compulsórias para investigação epidemiológica de tuberculose, quanto à ocorrência (número de casos nessa população específica) em faixas etárias, sexo, e outros que se fazem necessários considerados de maior prevalência, e estão mais bem especificados na Metodologia desse trabalho.

Tem ainda como objetivo identificar fatores considerados agravantes, dificultadores e/ou obstáculos na realização do tratamento, e sugerir planos de estratégias no combate a doença, elaborando tabelas e gráficos, através de informações levantadas junto à referida unidade de saúde.

3. METODOLOGIA

Para a realização e eficácia deste trabalho, foi levada em consideração a história progressiva da doença e revisão literária dessa, correlacionando com fatores socioeconômicos, e outros, através de pesquisa de campo, coletando dados dos

prontuários dos pacientes, dos últimos cinco anos, utilizando os registros desses e as fichas de notificações compulsórias para investigação epidemiológica de tuberculose, que foram realizadas. Não foi utilizado nenhum questionário ou entrevista diretamente aos pacientes.

Para tanto, utilizamos como sujeitos desse referido trabalho, nesse campo de estudo, uma amostragem de cinquenta prontuários, bem como suas notificações compulsórias, dos pacientes dessa Instituição de Saúde, que foram notificados e que receberam tratamento de tuberculose, onde foram coletados nesses, os dados citados posteriormente, para realização de tabelas e gráficos, com evolução histórica anual:

Ocorrência (número de casos nessa população específica) em faixas etárias; Ocupação dos pacientes; Sexo; História de tratamento (caso novo, recidiva e abandono); Formas clínicas da tuberculose (Pulmonar, Meníngea, Pleural, Ganglionar, Óssea, Vias urinárias, Genital, Intestinal, Oftálmica, Pele, Laríngea, Miliar ou múltiplos órgãos); Tipo de descoberta (demanda ambulatorial, urgência/emergência, elucidação diagnóstica em internação, investigação de contatos, busca ativa na comunidade, descoberta após óbito ou continuidade de tratamento); Data dos primeiros sintomas até a descoberta do diagnóstico e início do tratamento; Exames realizados / resultados; Principais agravos associados (AIDS, outra imunossupressão, diabetes, alcoolismo, drogadição, doença mental ou outras); Esquema de tratamento (supervisionado, auto – administrado e drogas utilizadas); Se houve ou não internação durante o tratamento; Tipos de altas (cura, abandonos ou transferências durante o tratamento).

Para os casos em que os prontuários apresentaram informações incompletas, necessárias à realização deste trabalho, os mesmos foram descartados, evitando-se, assim, a elaboração de tabelas imprecisas.

O local onde foi realizada essa pesquisa é a Secretaria Municipal de Saúde, através da Unidade de Saúde GIPA – Grupo Integrado de Prevenção e Atenção a TB/DST/HIV/AIDS.

Para que fosse possível sua realização, foi encaminhado ofício ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Regional de Assis sendo anexado cópia do projeto de pesquisa, para avaliação e alterações que se fizessem necessárias no período de 16 de abril a 4 de maio, data na qual o referido comitê comunicou seu parecer sendo favorável a realização desse trabalho.

Após o parecer favorável do Comitê de Ética, foi realizado a coleta de dados no mês de junho nos dias 10, 16, 18, 24 e 25, no período da tarde, sendo verificados em média 11 prontuários por dia.

Concomitantemente a todo esse período, desde o início da elaboração do projeto até o final da pesquisa de campo, foi realizada a revisão literária sobre a tuberculose.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1. Tuberculose X História

A tuberculose é uma doença muito antiga, talvez mais do que imaginemos, pois segundo o Centro de Vigilância Epidemiológica, ela pode ter surgido desde a pré-história, sendo que já foi encontrada em esqueletos de múmias que datam de 3000 a.C. Durante o século XVIII ela propagou-se na Europa causando grande mortalidade durante a revolução industrial, sendo citada em obras literárias e artísticas da época como “mal romântico” identificado como uma doença de poetas e intelectuais.

Comemora-se, em 24 de março, o Dia Mundial de Combate à tuberculose, data esta instituída em homenagem ao descobridor do bacilo causador da doença, o cientista alemão Robert Koch que, em 24 de março de 1882 em reunião da Sociedade de Fisiologia de Berlim, apresentou tal bacilo que após algum tempo ficou conhecido como bacilo de Koch.

Basta (2006, p. 456), refere que tal descoberta, rompeu a linha de raciocínio de outros cientistas da época, que consideravam a tuberculose como sendo uma doença hereditária, ou seja, herdada dos antepassados e também relata a atribuição da doença a uma concepção de “mal romântico”.

Conforme o Centro de Vigilância Epidemiológica, esta concepção foi substituída por outra denominada “mal social”, pois estudos revelaram estar ela ligada a más condições de moradia, alimentação e higiene. Como forma de combate a doença era realizado o tratamento higiênico-dietético que se baseava em uma boa alimentação, repouso e o clima da montanha de grande importância. Foram criados sanatórios e preventórios, mas estes começaram a ser desativados em meados do século XX, com a descoberta de medicamentos que comprovaram eficiência na cura da tuberculose, passando o tratamento a ser realizado em ambulatórios e sendo desnecessários a internação e isolamento.

De acordo com FERNANDES (2009), ela também cita a atribuição da concepção de “mal social” a tuberculose no final do século XIX, confirmando-se neste século no Brasil com apoio de dados estatísticos que, incontestavelmente, demonstram uma maior ocorrência junto às classes populares.

Em relação a doença Sheppard (2001) alega que durante o período compreendido entre o final da abolição até a década de 1930, ocorreram no Brasil pesquisas tendo como estudo de caso a tuberculose, por se tratar de um doença que encontrava-se em evidência entre as “classes pobres”, demonstrada através dos índices elevados de morbidade e mortalidade.

A incidência de tuberculose no Brasil cresceu indubitavelmente desde 1850, mas só em 1868 Otto Wücherer, um dos mais famosos médicos no Brasil, levantou a questão de qual seria a causa de tal incidência. (SHEPPARD, 2001, p. 174)

Ele reconheceu que era uma doença tida como das cidades e achava que os mais suscetíveis a ela teriam herdado tal suscetibilidade. O fator mais importante a favorecer esta suscetibilidade, segundo ele, era a deterioração do meio de vida da maior parte da população, devido, segundo ele afirmava, à impossibilidade do preço da mão-de-obra manter-se em igualdade de condições com o custo de vida. O aumento da frequência da doença, neste caso, seria resultante do aumento do número de pessoas empobrecidas. (SHEPPARD, 2001, p. 174)

Nesta época, já se tinha uma visão do surgimento de uma classe menos favorecida, a qual devido a fatores como moradia e principalmente alimentação, seria mais suscetível a contrair doenças.

FERNANDES (2009) relata a implantação de vários programas no Brasil durante o século XX, com objetivo de se ter uma melhor eficiência no controle e tratamento da tuberculose. Em 1900 foi criada a Liga Brasileira Contra a Tuberculose; em 1920 a Reforma Carlos Chagas, que depois tornou o Departamento Nacional de Saúde Pública, instituiu a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose; em 1927 foi criado o Instituto Brasileiro para a Investigação da Tuberculose, o qual era responsável pela pesquisa e produção de conhecimentos; em 1930 surgiu o Ministério da Educação e Saúde Pública, época em que foi instituída a vacina BCG; em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose; 1946 a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Como forma de maior participação, o Estado substituiu o Serviço Nacional de Tuberculose pela Divisão Nacional de Tuberculose em 1970 e que em 1976 tornou-se a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, abrangendo outros tipos de pneumopatias e não somente a tuberculose, com apoio técnico-científico do Centro de Referência Hélio Fraga. Já no ano de 1990, encerrou-se a Campanha Nacional Contra a Tuberculose e a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária foi transformada em Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária.

Todos os autores chegam a um consenso que a tuberculose está diretamente relacionada a fatores sócio-econômicos, afetando principalmente as classes menos favorecidas ou pobres. Desta forma deve-se ter um olhar mais atento em relação a favelas, pois estas infelizmente tornam-se um grande potencial epidemiológico.

4.2. Agente Etiológico

Em referência a tuberculose, alguns autores citam que:

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que afeta principalmente o parênquima pulmonar. Ela também pode ser transmitida para outras partes do corpo, inclusive as meninges, rins, ossos e linfonodos. O agente infeccioso primário,

Mycobacterium tuberculosis, é um bastonete aeróbico, ácido-resistente, que cresce lentamente e é sensível ao calor e à luz ultravioleta. (SMELTZER (2005, p. 563)

O *Mycobacterium tuberculosis* também é conhecido como bacilo de Koch. O complexo *Mycobacterium tuberculosis* é constituído de várias espécies: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* e *M. microti*. Outras espécies de micobactérias podem produzir quadro clínico semelhante ao da tuberculose, sendo necessárias para o diagnóstico diferencial a cultura e a identificação das mesmas, pelos laboratórios de referência. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE Guia de Vigilância Epidemiológica, 2005, p. 732).

4.3. Reservatório

Conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica (2005, p. 732-733), o bacilo tem no homem seu reservatório principal, mas pode ser encontrado também no gado e mais raramente em primatas, aves e outros mamíferos. O *Mycobacterium Bovis* é o principal causador da doença em certas regiões onde ocorre o consumo de leite e derivados (não pasteurizados ou fervidos) contaminados, sendo a forma ganglionar a mais encontrada.

4.4. Transmissão

A forma mais comum de transmissão da doença para BRASIL (2005, p. 733), epidemiologicamente falando, é a pulmonar bacilífera, que ocorre através de gotículas suspensas no ar que são provenientes da fala, espirro e tosse. Um fator agravante é que dependendo do tamanho das gotículas, elas podem ficar por horas suspensas no ar e ocorrendo em ambiente aberto podem ser transportadas a longas distâncias, tornando-se um grande potencial epidemiológico.

Em relação à transmissão, SMELTZER (2005, p. 563) relata que deve-se levar em consideração fatores de risco que podem tornar a doença ativa, como imunodepressão onde as defesas do organismo apresentam uma queda pela

ocorrência de uma outra doença como o HIV ou transplante de órgão ou tratamento com corticosteróides; contato com paciente na fase transmissível; doenças preexistentes como diabetes, insuficiência renal crônica, desnutrição; alcoólicos e usuários de drogas; entre 15 a 44 anos, pacientes institucionalizados como asilos, clínicas psiquiátricas e presídios.

4.5. Sintomatologia

A tuberculose pode ser confundida com outras patologias do sistema respiratório, pois apresenta sintomas semelhantes. BRASIL (2007, p. 735) refere que um paciente com tuberculose apresenta febre no final da tarde, sudorese noturna, falta de apetite e emagrecimento significativo, tosse seca no início, cansaço em excesso, dores no peito, nas costas e fraqueza. Com o agravamento da doença pode ocorrer dificuldade respiratória e eliminação de escarro com sangue.

Para GANZAROLLI (2007, p. 18) são sintomas da doença tosse com expectoração há mais de duas semanas, febre baixa à tarde (vespertina), sudorese noturna, falta de apetite, perda de peso, fraqueza, dor no tórax (peito), e nas costas e escarro com sangue (hemoptise).

4.6. Suscetibilidade e imunidade

O Guia de Vigilância Epidemiológica (2005, p. 734) diz que em nosso país a maior prevalência de infecção ocorre na infância. Isto não quer dizer que infecção seja sinônimo de doença, mas sim, a presença de bacilos no organismo os quais são controlados pelo sistema imunológico. Conseqüentemente, quando este fica imunodeprimido, pode ocorrer a ativação da infecção que até então permanecia latente. Grande parte dos casos em idosos se dá através deste processo.

4.7. Diagnóstico

Quanto ao diagnóstico laboratorial, é fundamentado nos seguintes métodos: bacterioscópico: baciloscopia e cultura; radiológico: tomografia computadorizada do tórax; broncoscopia; outros: prova tuberculínica cutânea (PPD); anátomo-patológico (histológico e citológico); sorológico, bioquímico e biologia molecular. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE Guia de Vigilância Epidemiológica, 2005, p. 736):

4.7.1. Exame de baciloscopia

De acordo com o Manual de orientação para coleta de amostras de escarro, e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose (Centro de Vigilância Epidemiológica, 2002, p. 2), é preconizado o método de Ziehl-Neelsen para baciloscopia de sintomáticos respiratórios por ser rápido, econômico e não-invasivo.

Segundo informações colhidas junto ao GIPA - Grupo de Integrado de Prevenção e Atenção à TB/DST/HIV/AIDS, os pacientes podem fazer a coleta de escarro no próprio local ou na unidade de saúde do seu bairro. Recebem orientação de forma simples e clara quanto à coleta de duas amostras de escarro, uma no momento da consulta e outra no dia seguinte ao despertar e em jejum. A coleta deverá ser feita em pote específico, e o paciente deverá acondicioná-las em saco plástico, mantendo preferencialmente refrigerado ou longe de fontes de calor, realizar a lavagem das mãos e entregar na unidade de saúde o mais breve possível após a coleta das duas amostras.

As amostras são encaminhadas para o laboratório de análises do Hospital Regional de Assis (de segunda a sexta-feira até as 10 horas), que é a referência para o município. Após o resultado do exame ficar pronto, o hospital encaminha os mesmos para a Vigilância Epidemiológica e esta para o GIPA ou unidade de saúde a que o paciente pertence.

4.7.2. Interpretação dos resultados laboratoriais na baciloscopia de escarro

De acordo com informações colhidas junto à Vigilância Epidemiológica do Município de Assis, para a realização da leitura da lâmina, primeiro deve-se corá-la através do método de Ziehl-Neelsen, que permite a identificação específica de bacilos álcool ácidos resistentes (BAAR), com Fucsina Fenicada e Azul de Metileno.

No momento da leitura deve-se localizar um campo e dividi-lo em quatro quadrantes fazendo a marcação de um ponto para continuidade da leitura. A interpretação ocorrerá da seguinte forma:

Após a leitura de 20 campos soma-se o número de bacilos encontrados em cada campo e divide-se por 20 (total de campos), obtendo-se a média. Se ela for maior que 10 bacilos por campo, o resultado do exame será **positivo +++**; Se não existir ou forem encontrados menos que 10 bacilos por campo, deve-se continuar a leitura até completar 50 campos, realizando novamente a média. Se ela estiver entre 1 a 10 bacilos, o resultado será **positivo ++**; Caso não tenha sido encontrado nenhum bacilo ou a média em 50 campos for menor que 1 bacilo por campo, deve-se continuar a leitura até completar 100 campos. Se forem encontrados de 10 a 99 bacilos nos 100 campos, o resultado será **positivo +**. Se forem encontrados de 1 a 9 bacilos, deve-se relatar apenas o número de bacilos encontrados. A ausência de bacilos em 100 campos indicará baciloscopia negativa.

4.7.3. Classificação

É de nosso conhecimento que, por mais informada e orientada que esteja à população, o surgimento do foco de uma doença e o risco de uma epidemia causa apreensão e comentários não verídicos. Com o objetivo de se evitar este risco e conter a tuberculose desenvolveu-se um sistema de classes, instrumento utilizado para classificar em que nível se encontra a doença e se ter um parâmetro eficaz da transmissão e controle.

A tuberculose é uma doença que não escolhe raça ou idade, onde a sua forma de transmissão, sendo pelo ar, torna-a altamente contagiosa podendo disseminar-se de maneira rápida em grandes centros onde há aglomerações de pessoas.

4.8. Tratamento

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica (2005, p. 740) é preconizado para o tratamento da tuberculose:

Esquema I (esquema básico) – 2RHZ/4RH

Casos novos* de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar**

Fases do Tratamento	Drogas	Até 20 kg Mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg Mg/dia	Mais de 35kg e até 45kg Mg/dia	Mais de 45kg Mg/dia
1ª fase (2 meses – RHZ)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
2ª fase (4 meses – RH)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Siglas: R = Rifampicina; H = Isoniazida; Z = Pirazinamida

*Sem tratamento anterior, tratamento por menos de 30 dias ou tratamento anterior há mais de 5 anos.

**Exceto meningite

Esquema I IR (esquema básico + etambutol) – 2RHZE/4RHE

Casos de recidiva após cura* ou retorno após abandono do esquema I

Fases do Tratamento	Drogas	Até 20 kg Mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg Mg/dia	Mais de 35kg e até 45kg Mg/dia	Mais de 45kg Mg/dia
1ª fase (2 meses – RHZE)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
	E	25	600	800	1.200
2ª fase (4 meses – RHE)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	E	25	600	800	1.200

Siglas: R = Rifampicina; H = Isoniazida; Z = Pirazinamida; E = Etambutol

*Considera-se retratamento a prescrição de um esquema de drogas para o doente já tratado por mais de 30 dias, que venha a necessitar de nova terapia por recidiva após cura, retorno após abandono ou falência do esquema I ou esquema IR (esquema básico + etambutol).

Esquema II (esquema para tuberculose meningoencefálica) – 2RHZ/(7RH)

Fases do tratamento	Drogas	Até 20 kg Mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg Mg/dia	Mais de 35kg e até 45kg Mg/dia	Mais de 45kg Mg/dia
1ª fase (2 meses – RHZ)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
2ª fase (7 meses – RH)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Siglas: R = Rifampicina; H = Isoniazida; Z = Pirazinamida

Esquema III (esquema para falência) – 3SZEet/9Eet

Casos de falência de tratamento do E-I e E-IR (esquema I reforçado)

Fases do Tratamento	Drogas	Até 20 kg Mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg Mg/dia	Mais de 35kg e até 45kg Mg/dia	Mais de 45kg Mg/dia
1ª fase (3 meses – SZEet)	S	20	500	1.000	1.000
	Z	35	1.000	1.500	2.000
	E	25	600	800	1.200
	Et	12	250	500	750
2ª fase (9 meses – EEt)	E	25	600	800	1.200
	Et	12	250	500	750

Siglas: S = Estreptomicina; Z = Pirazinamida; E = Etambutol; Et = Etionamida.

Este esquema é introduzido quando à ocorrência de falência ao esquema I (E-I) ou ao E-IR, devendo ser realizado cultura com identificação e teste de sensibilidade, que demonstrarão a possibilidade do êxito ou necessidade de alteração no tratamento.

De acordo com Ministério da Saúde (2005, p. 740) o tratamento da tuberculose pode alcançar até 100% de cura dos casos, desde que observadas e seguidas às orientações, expressas de forma clara e em linguagem simples, não sendo necessário o isolamento, pois poucos dias após o início do tratamento os bacilos deixam de ser infectantes. Assim observamos a importância de se conscientizar o paciente de que nos dias atuais não há motivos para pânico, basta sua adesão ao tratamento de forma integral e não se tornando um disseminador da doença.

O tratamento da tuberculose deve ser feito em regime ambulatorial, supervisionado, no serviço de saúde mais próximo, na residência ou no trabalho do doente. (GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2005, P. 740). Esta é uma orientação que deve ser aplicada, principalmente, para os casos de tuberculose na forma pulmonar, devido ao seu alto potencial de transmissão.

Para que se obtenha sucesso no tratamento supervisionado, conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica (2005, p. 740-741), a Organização Mundial de Saúde sugere o tratamento diretamente observado de curta duração (DOTS), baseado na observação da tomada de medicamento três vezes na semana ao menos, na primeira fase do tratamento, e uma na segunda fase do tratamento, com a finalidade de diminuir a taxa de abandono e impedir o surgimento de um bacilo resistente. O principal foco do DOTS é a adesão dos pacientes, dentre eles etilistas, mendigos, retratamento após abandono, doentes institucionalizados e presidiários.

4.9. Critérios para encerramento do tratamento

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (2005, p. 750-751), deve-se acompanhar a evolução do tratamento para:

Alta por cura: depois de completado o tratamento, o paciente apresenta duas baciloscopias negativadas (sendo uma durante o acompanhamento e outra ao final do tratamento); Alta por completar o tratamento: através de critérios clínicos e radiológicos e exames complementares (falta de exame de escarro ou expectoração); Alta por abandono de tratamento: ausência por mais de 30 dias da

data de retorno ou última administração da droga (supervisionado); Alta por mudança de diagnóstico: quando comprovado o erro de diagnóstico; Alta por óbito: ocorrência de morte, por qualquer causa; Alta por falência: quando ao final do 4º ou 5º mês não há melhora nos exames ou início positivo, com negatificação e após novamente positivo. Deve-se iniciar novamente o tratamento com outro esquema de medicação; Alta por transferência: em caso de mudança de serviço de saúde, com comunicação de diagnóstico e tratamento em andamento a unidade de destino.

4.10. Tuberculose X AIDS

É importante ressaltar que:

Com o surgimento, em 1981, da síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids), vem-se observando, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, crescente número de casos notificados de tuberculose em pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Esta associação (HIV/TB) constitui, nos dias atuais, um sério problema de saúde pública, podendo levar ao aumento da morbidade e mortalidade pela tuberculose em muitos países. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE Guia de Vigilância Epidemiológica, 2005, p. 733):

A AIDS é um fator muito importante que deve ser considerado, pois o vírus que a provoca, apesar de hoje existirem medicamentos que compõe o “coquetel” responsável pelo controle da carga viral, é mutante e pode causar debilidade no sistema imunológico, fazendo com que o organismo torne-se suscetível a doenças chamadas “oportunistas” como é o caso da tuberculose.

4.11. Tuberculose X Instituições Penais

Há de se convir que a tuberculose seja um fator preocupante entre os detentos, e após a propagação do vírus HIV os números de casos elevaram-se em muito, inclusive em países onde a doença era controlada. A contaminação é um risco que não só os detentos estão sujeitos, mas também suas famílias e funcionários. (GANZAROLLI, 2007, p. 7-8)

As unidades prisionais do Estado também são um potencial de focos de casos de tuberculose, e podem ser uma ameaça de epidemia da doença caso não seja realizado seu controle, tanto da comunidade para dentro do presídio, quanto do presídio para a comunidade.

Devemos atentar para:

O impacto da tuberculose nos presídios não se limita aos detentos — afeta também a comunidade com que se relacionam, ou seja, familiares e funcionários dos presídios, durante e após a detenção. Os muros são irrelevantes diante da trivialidade do movimento de indivíduos entre o sistema prisional e a comunidade. A infecção por tuberculose contraída na comunidade pode iniciar uma epidemia dentro de uma prisão, enquanto que a rota inversa de transmissão é igualmente possível. (OLIVEIRA, 2004, p. 194-9)

Os programas jornalísticos de TV frequentemente mostram a situação calamitosa em que se encontram às unidades prisionais do Estado, com uma superpopulação onde celas lotadas acima de sua capacidade são um grande potencial para epidemia. Em nosso município localiza-se uma unidade prisional que abriga uma quantidade elevada de detentos. Imaginemos o enorme risco de uma epidemia na ocorrência de um caso de tuberculose, dado que por mais ventilada que seja tal cela, os detentos passam um tempo significativo trancados dentro da mesma. Devemos considerar também que estes detentos têm contato com funcionários, sejam eles agentes, equipe de saúde ou técnicos (psicólogos, assistentes sociais, advogados) e sua própria família quando vem visitá-los, sendo que grande parte são da capital.

5. Considerações Finais

A doença tuberculose ainda ocorre em grande escala no mundo com um alto risco de transmissão na sua forma pulmonar, o diferencial é que hoje devido aos vários estudos e pesquisas e desenvolvimento de medicações eficazes no tratamento, é possível se alcançar 100% de cura nos casos registrados, desde que se adotem estratégias eficientes. Este trabalho justifica-se neste sentido de se encontrar uma estratégia adequada tanto no tratamento quanto na prevenção, já que não existe nenhum estudo semelhante até o momento. Para isto, foram traçados

objetivos como levantamento de dados, obstáculos/dificuldades no tratamento, elaboração de gráficos e tabelas que ilustrem esta realidade, bem como fornecer informações sobre sinais e sintomas da doença e a forma de coleta de material para o exame.

Através desta pesquisa pode-se identificar que: a maior ocorrência da tuberculose está entre homens (66%), a faixa etária de maior prevalência é entre 41 a 50 anos (26% dos casos), tendo como áreas de maior concentração de casos os Bairros Ribeiro (12% - classe média-baixa) e Xavier (10% - classe média) ambos vizinhos. Foi constatado que 4% dos pacientes tiveram alta por abandono do tratamento, podendo estes voltarem a transmissão e criarem resistência ao esquema de tratamento utilizado.

A principal dificuldade encontrada é de se conseguir uma forma eficaz de realizar o tratamento supervisionado, conforme orientação do Ministério da Saúde, já que muitos dos pacientes, mesmo orientados, deixam de comparecer a unidade de saúde que pertencem e estas possuem um quadro funcional que não lhes permite realizar as visitas sejam nas residências, no trabalho ou outro local onde esteja o paciente, além de outro fator problema que seria o transporte destes funcionários.

Uma proposta seria a criação de uma equipe de apoio junto ao Grupo Integrado de Prevenção a AIDS/HIV, DST e TB – GIPA, responsável pela supervisão do tratamento e que daria também suporte de informações do paciente, contribuindo para avaliação do clínico nas consultas mensais.

Outro fator que merece atenção são os casos de tuberculose no presídio localizado no município. Os casos são comunicados pelo próprio serviço de saúde da instituição que também realiza o tratamento. Mas a questão é que se o detento até a descoberta da doença estava tendo visita, qual o procedimento da unidade em relação à família do mesmo? Será que estes são comunicados e orientados a procurar um serviço de saúde próximo a suas residências, já que a maioria reside na grande São Paulo?

Neste sentido com a criação da equipe de apoio citada acima, esta poderia ser uma referência para o presídio, para visitar e orientar as famílias dos doentes que residam no município e comunicar os serviços de saúde de outras cidades onde residam outras famílias.

6. Referências Bibliográficas

1. BASTA, Paulo Cesar. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Feb. 2006 . Disponível em <<http://www.scielo.br>> . Acesso em 10 ago. 2009.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília: Ministério da saúde, 2005. Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>. Acesso em: 04 abr. 2009.
3. FERNANDES, Tânia Maria Dias; ALMEIDA, Ana Beatriz de Sá; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. Introdução. Ministério as Saúde – Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em <<http://coc.fiocruz.br/tuberculose/introdução>> Acesso em: 01 nov. 2009.
4. FERREIRA, Aurigena Antunes de Araújo; QUEIROZ, Karka Cristiana de Souza; TORRES, Kerginaldo Paulo; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes; ACCIOLY, Horácio; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços e saúde pública. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Natal, v. 8, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/06>> Acesso em: 05 nov. 2009.
5. GANZAROLLI, Rosi Anne Coelho; CONTELLI, Sidnei da Silva; GÓIS, Sílvia Regina. Diretrizes operacionais para prevenção e controle da tuberculose nas unidades prisionais da região oeste. São Paulo, SP: 2007.
6. História & Curiosidades. **Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”**. Disponível em <http://cve.saude.sp.gov.br/cve_tb> Acesso em: 01 nov. 2009.
7. Manual de orientação para coleta de amostras de escarro, e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose. **Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”**. Disponível em <http://cve.saude.sp.gov.br/cve_tb> Acesso em: 26 ago. 2009.
8. MENDES, Aderlaine de Melo; FENSTERSEIFER, Lísia Maria. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento?. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, 12, n. 1, Abr. 2004. Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br>> Acesso em 31 out. 2009.
9. MENEZES, Ana M. B. et al . Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, Apr. 1998. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 31 out. 2009.
10. OLIVEIRA, Helenice Bosco; CARDOSO, Janaína Corrêa. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud*

Pública, v. 15, n. 3, 2004. Disponível em: <www.scielosp.org>. Acesso em: 27 mar. 2009.

11. SILVEIRA, Marysabel Pinto Telis; ADORNO, Raquel Fabiane Roscoff de; FONTANA, Tiago. Perfil dos pacientes com tuberculose e avaliação do programa nacional de controle da tuberculose em Bagé (RS). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 33, n. 2, Apr. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 31 out. 2009.

12. SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.; e mais 50 colaboradores. Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

13. SHEPPARD, Dalila de Sousa. A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, jun. 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10 ago. 2009.

14. Tuberculose. **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**, novembro 2007. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/dica_tuberculose> Acesso em: 05 ago. 2009.

Figura 1

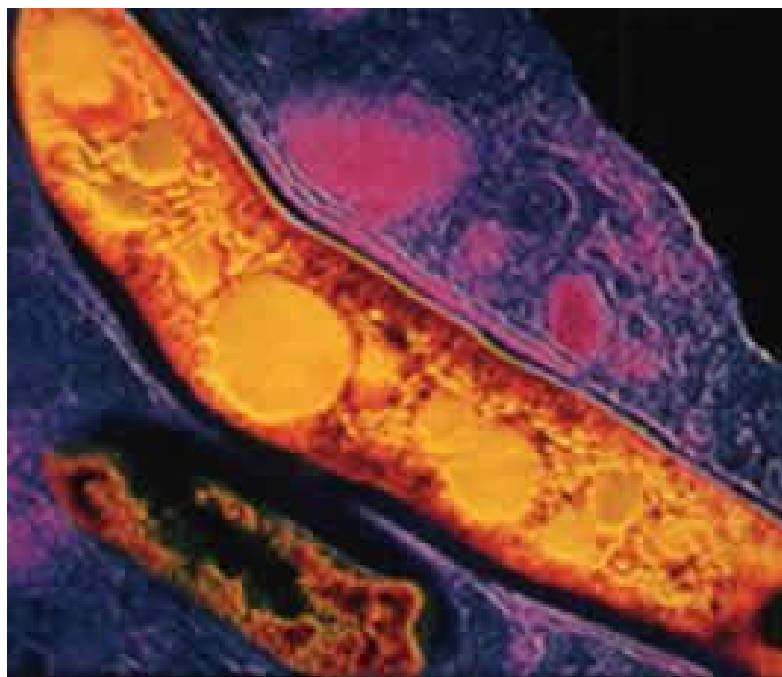
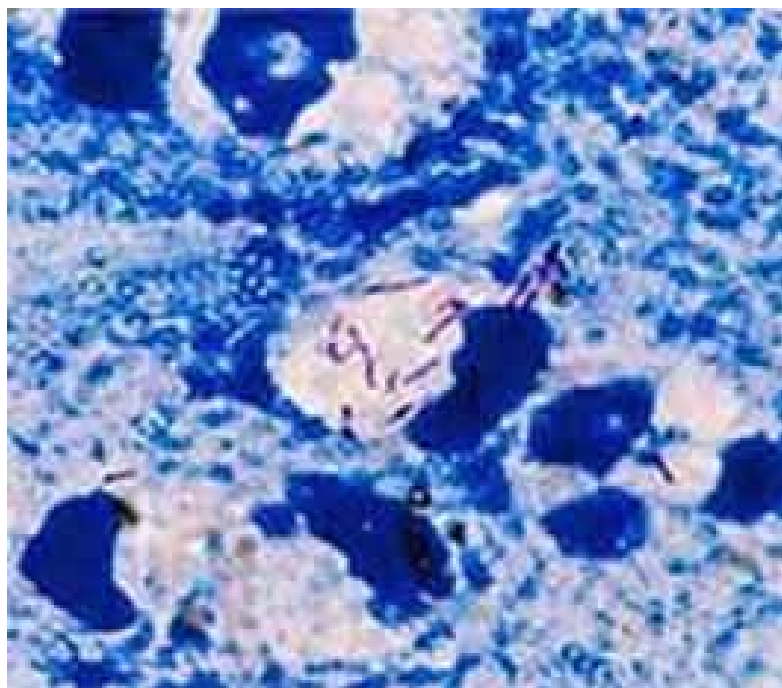


Figura 2



Fonte: <http://saude.hsw.uol.com.br/tuberculose2>. Acesso em: 28 ago. 2009

Tabela 1 – Distribuição de casos de TB por área de ocorrência

Bairro	Nº	%
Adileta	2	4
Água da Cabiúna	1	2
Boa Vista	1	2
Bonfim	1	2
Centro	1	2
Cláudia	1	2
Clementina	1	2
Fabiano	1	2
Glória	3	6
Jardim Alvorada	2	4
Jardim Canadá	1	2
Jardim Eldorado	1	2
Jardim Monte Carlo	1	2
Jardim Paraná	2	4
Maria Alves	1	2
Maria Isabel	2	4
Nova Florínea	1	2
Operária	1	2
Palhares	1	2
Parque das Acácias	1	2
Parque Universitário	2	4
Progresso	2	4
Prudenciana	3	6
Ribeiro	6	12
Rodrigues	1	2
São Cristóvão	2	4
Souza	1	2
Tênis Clube	2	4
Xavier	5	10
Total	50	100

De acordo com a tabela, as áreas de maior ocorrência no município no período de 2004 a 2008 foram Vila Xavier, bairro de classe média, com 10% dos casos e Vila Ribeiro, bairro de classe média/baixa, com 12% dos casos. Verificando-se a localização geográfica dos bairros, constatou-se que ambos são vizinhos.

Tabela 2 – Distribuição de casos de TB por ocupação dos pacientes

Ocupação	Nº	%
Administrador contábil	1	2
Ajudante de mecânico	1	2
Ajudante geral	1	2
Almoxarife	1	2
Aposentado	5	10
Autonomo	1	2
Auxiliar Financeiro	1	2
Carpinteiro	1	2
Comerciante	1	2
Desempregado	6	12
Do lar	8	16
Encostado	1	2
Estudante	6	12
Funcionário público	3	6
Motorista	1	2
Outros	5	10
Pedreiro	1	2
Pintor	1	2
Servente	1	2
Serviços Gerais	1	2
Soldador	1	2
Técnico em RX	1	2
Vigia	1	2
Total	50	100

A tabela demonstra que a maior ocorrência encontrada foi em pacientes cuja ocupação era do lar, perfazendo 16% dos casos, seguida por estudantes com 12%, sendo estes um grande risco epidemiológico.

Tabela 3 – Distribuição de casos de TB por ocorrência em faixa etária

	0 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 a 30 anos	31 a 40 anos	41 a 50 anos	51 a 60 anos	61 a 70 anos	acima 70 anos	Total
Nº	2	1	2	4	8	6	13	8	5	1	50
%	4	2	4	8	16	12	26	16	10	2	100

Segundo MENEZES (1998, p. 53) foi apurado que a maior ocorrência na cidade de Pelotas/RS foi entre 30 a 39 anos totalizando 33,6% da amostra. Pode-se constatar na tabela acima que no município de Assis a maior ocorrência, de acordo com a amostra, concentrou-se entre 41 a 50 anos, com 26% dos pacientes.

Tabela 4 - Distribuição de casos de TB por quantidade de exames complementares realizados

Tipo	Nº	%
PPD	1	2
USG renal	1	2
Histopatológico - sugestivo de TB	5	10
CT de coluna	1	2
Líquido pleural	1	2

* Amostra total de 50 prontuários

O Tipo de exame complementar mais solicitado foi o histopatológico sugestivo de TB, para a forma de tuberculose ganglionar periférica, sendo 10% do total de 18% referente a nove pacientes.

Tabela 5A - Distribuição de casos de TB por exames realizados (resultados) – Raio X

Raio X	Nº	%
Normal	9	18
Suspeita de TB	8	16
Suspeita de TB com caverna	29	58
Outras afecções	2	4
Não realizado	2	4
Total	50	100

Segundo o gráfico de SANTO (2009, p. 17) dos exames de Raio X realizados em um hospital universitário do Vale do Paraíba/SP, 7,1% dos resultados foram para Raio X normal, 72% para suspeita de TB e 8,3% para suspeita de TB com caverna, contrastante com o município de Assis onde, de acordo com a amostra, os resultados normais foram 18%, suspeita de TB 16% e suspeita de TB com caverna 58%.

Tabela 5B - Distribuição de casos de TB por exames realizados (resultados) - HIV

HIV	Nº	%
Positivo	0	0
Negativo	42	84
Não realizado	3	6

* os exames em andamento foram desprezados

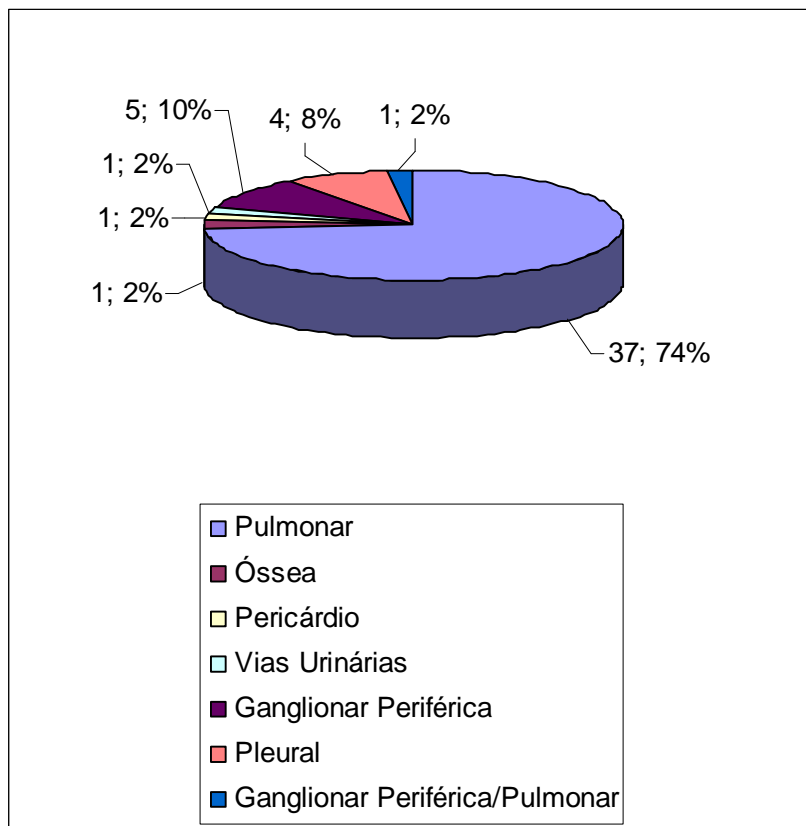
Para SILVEIRA (2007, p. 202) conforme demonstrou na tabela 2, dos 115 pacientes que realizaram exame para HIV, apenas 1 teve resultado positivo sendo este resultado quase igual ao do município de Assis, onde dos exames realizados, em 42 pacientes, não foi constatado nenhum resultado positivo.

Tabela 5C - Distribuição de casos de TB por exames realizados (resultados) – Baciloscopia de escarro e outro material / Cultura de escarro e outro material

Resultados	Baciloscopia de escarro		Baciloscopia de outro material		Cultura de escarro		Cultura de outro material	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Positivo	30	60	2	4	1	2	2	4
Negativo	9	18	6	12	1	2	2	4
Não realizado	11	22	42	84	27	54	42	84
Em andamento	0	0	0	0	20	40	3	6
Sem informação	0	0	0	0	1	2	1	2
Total	50	100	50	100	50	100	50	100

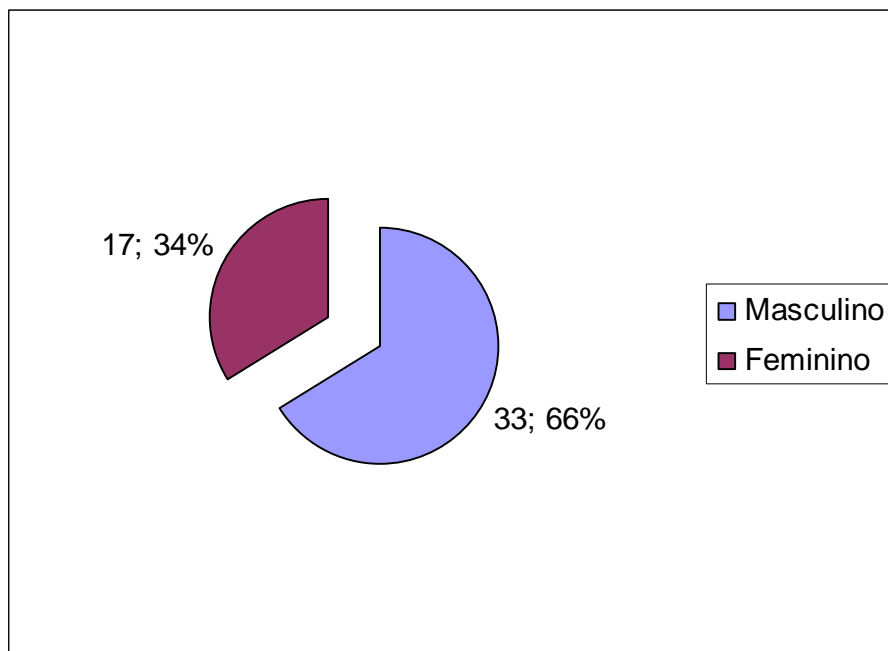
SANTO (2009, p.17) demonstra em seu estudo que 35,3% das baciloscopias de escarro realizadas tiveram resultado positivo assim como a cultura de escarro 8,3% de positivos. Comparando com a tabela acima, encontramos uma diferença expressiva nos resultados de baciloscopia de escarro positiva – 60% no município e um decréscimo nos exames de cultura de escarro positivos com apenas 2%.

Gráfico 1 - Distribuição de casos de TB por forma clínica (número de casos; porcentagem)



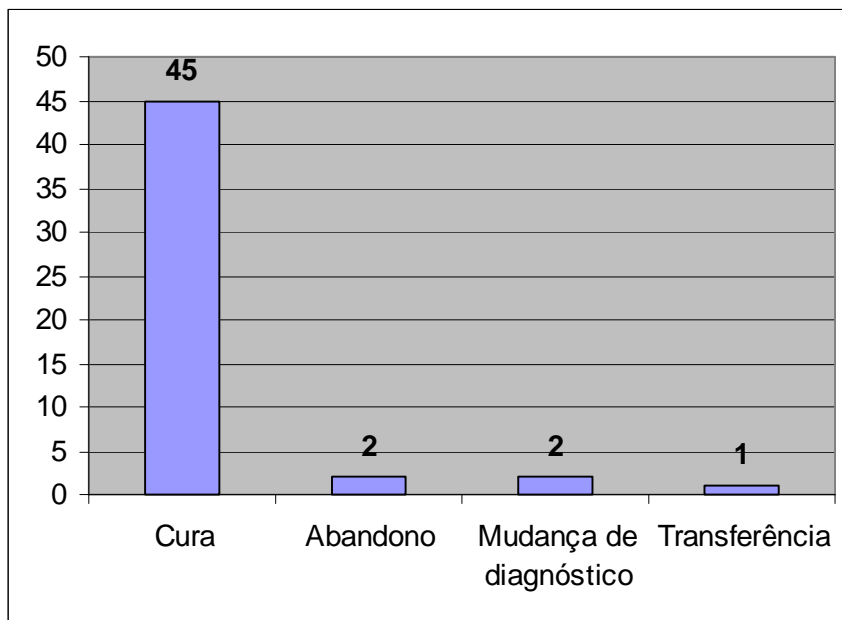
Como pode-se observar no gráfico a forma de tuberculose de maior ocorrência é a pulmonar, confirmada em 74% dos pacientes seguida pela ganglionar com 10% dos casos. Esta ocorrência é confirmada também no trabalho de SANTO (2009, p, 17) onde a forma pulmonar foi encontrada em 78,7% dos casos e a ganglionar em 6,5% dos casos. Isto demonstra um alto contágio na forma pulmonar devido à transmissão pelo ar.

Gráfico 2 - Distribuição de casos de TB por sexo



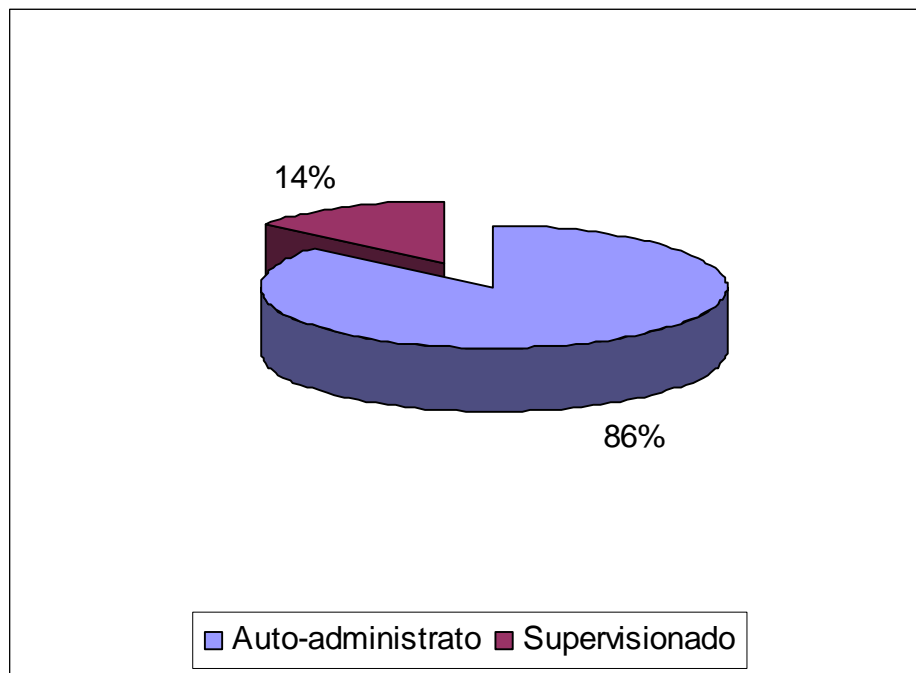
De acordo com MENEZES (1998, p. 53), em seu estudo apurou-se que na cidade de Pelotas/RS, o índice de tuberculose no sexo masculino era de 69,1% e feminino 30,9%; SILVEIRA (2007, p. 202), constatou ainda que na cidade de Bagé/RS a ocorrência era de 74% dos casos no sexo masculino e 26% no feminino; comparando-se com o gráfico acima referente a amostra do município de Assis/SP observamos também a prevalência da tuberculose no sexo masculino com 66% e 34% para o feminino.

Gráfico 3 - Distribuição de casos de TB por tipos de alta



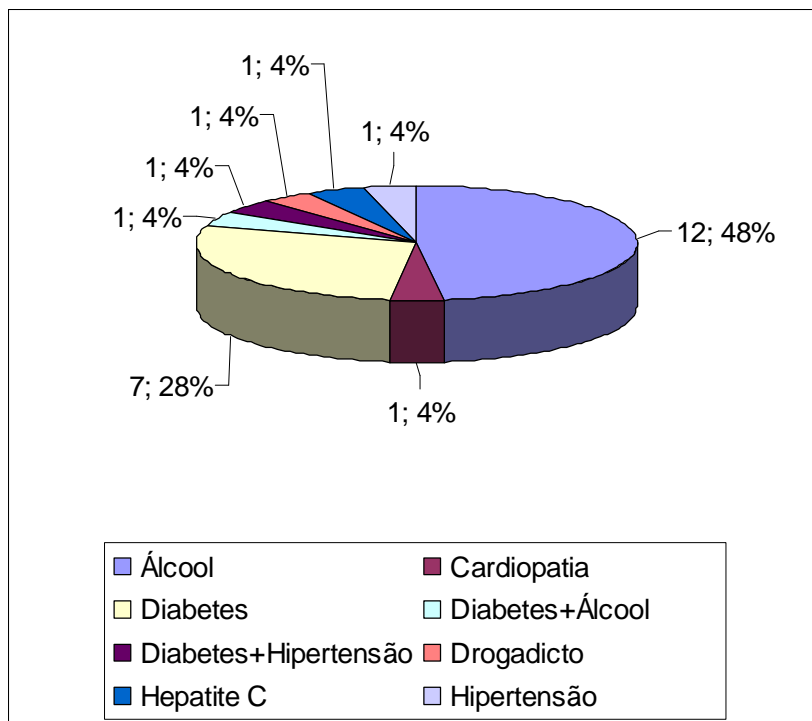
O gráfico demonstra que 45 pacientes obtiveram alta por cura o que equivale a 90% da amostra, pode ser considerado muito bom o resultado obtido já que se compararmos com o estudo feito por MENDES (2004, p. 27) na cidade de Porto Alegre/RS, o índice de alta por cura foi 68% e alta por abandono 10,2%, sendo esta no município de Assis de apenas 2%, uma diferença considerável.

Gráfico 4 - Distribuição de casos de TB por esquema de tratamento (administração de drogas)



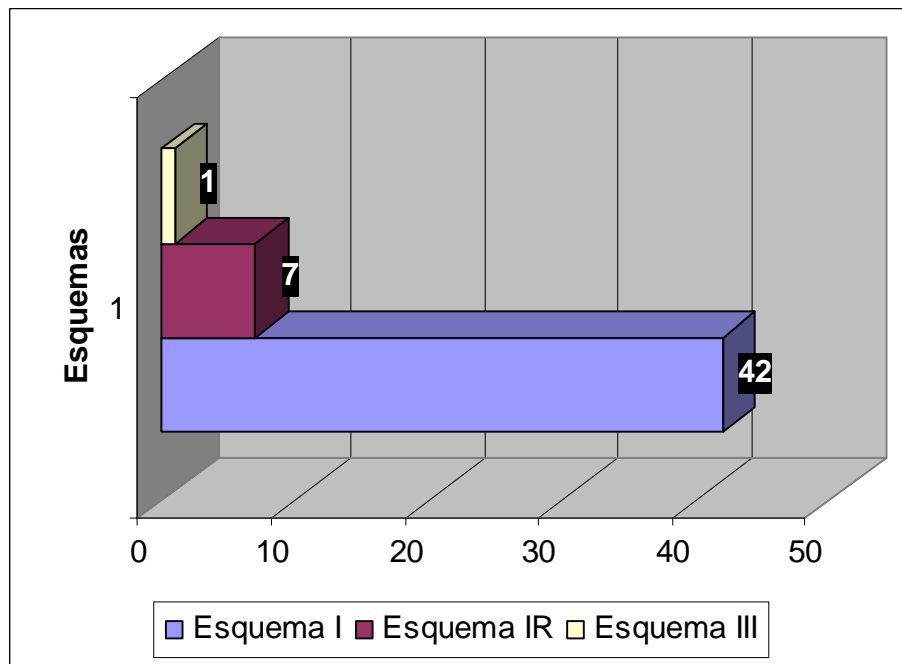
Segundo consta em BRASIL (2008, p. 740), o tratamento da tuberculose deve ser realizado em regime ambulatorial, supervisionado, seja no serviço de saúde mais próximo, na residência ou no trabalho do paciente, mas o constatado é que quase sua totalidade, 86% dos casos, realizaram tratamento auto-administrato.

Gráfico 5 - Distribuição de casos de TB por principais agravos associados



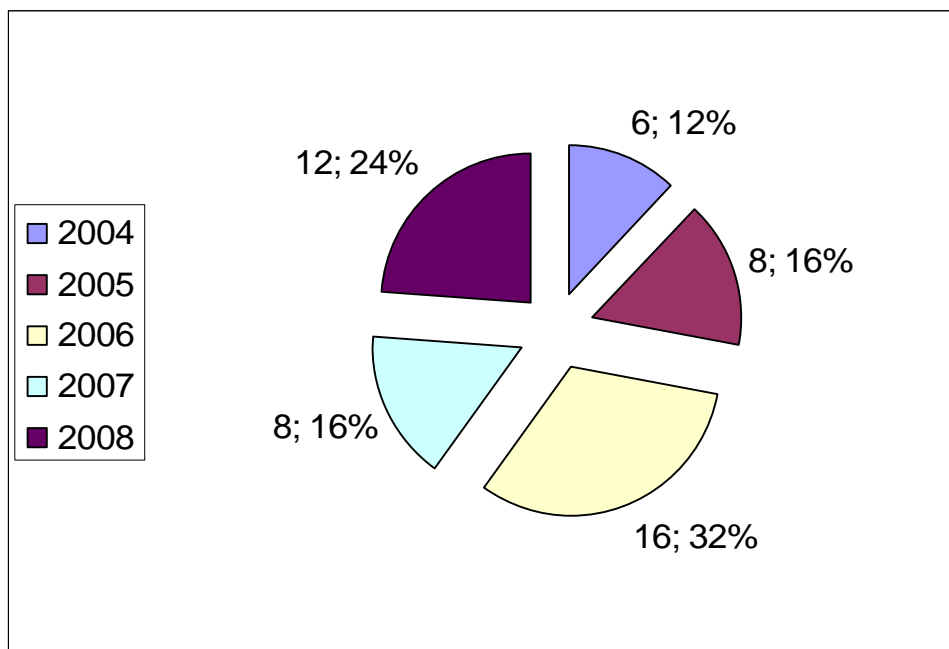
FERREIRA (2005, p. 145) demonstra em sua tabela os agravos encontrados em pacientes internados no período de 2000 a 2002 em um hospital de Natal/RN, entre eles o etilismo isolado ou associado ao tabagismo com 24,9% e a diabetes com 5,8%. Comparando com o gráfico acima, notamos que o uso de álcool quase dobra com 48% e a diabetes também apresenta taxa significativa com 28% da amostra.

Gráfico 6 - Distribuição de casos de TB por esquemas de tratamento (drogas utilizadas)



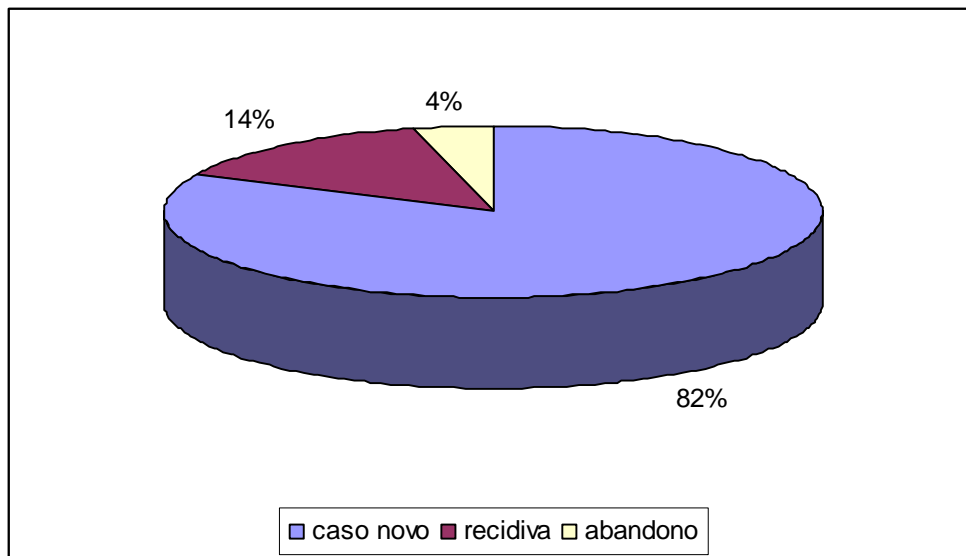
De acordo com o gráfico 42, pacientes realizaram tratamento com esquema I = casos novos, 7 pacientes com esquema IR = retratamento por falência ou abandono e 1 paciente com esquema III = falência dos esquemas I e IR.

Gráfico 7 - Distribuição de casos de TB por ocorrência anual



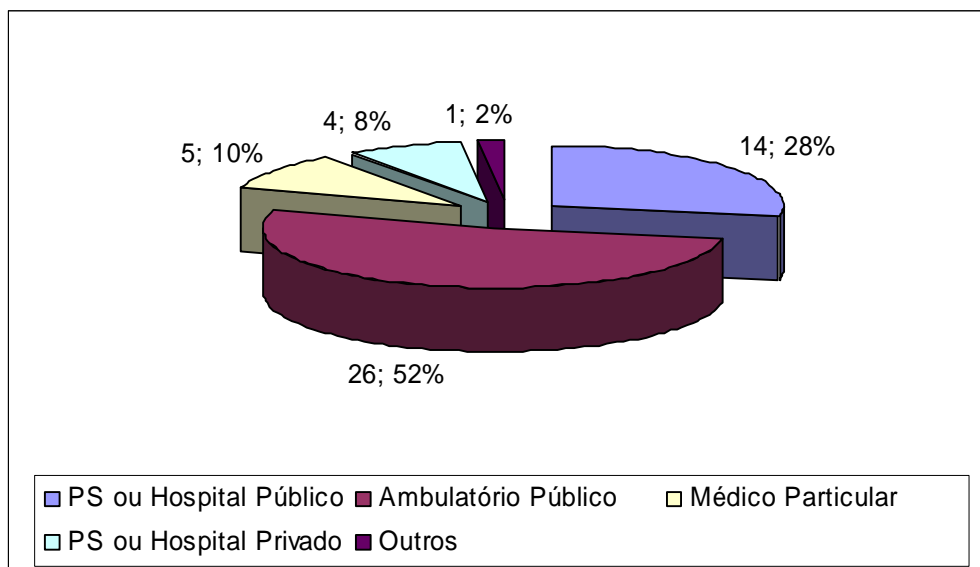
A tuberculose no município de Assis teve seu pico no ano de 2006, com 32% dos casos, o equivalente a 16 pacientes, tendo uma queda em 2007 para 16% e voltou a subir o índice de ocorrência para 24% em 2008.

Gráfico 8 - Distribuição de casos de TB por história de tratamento



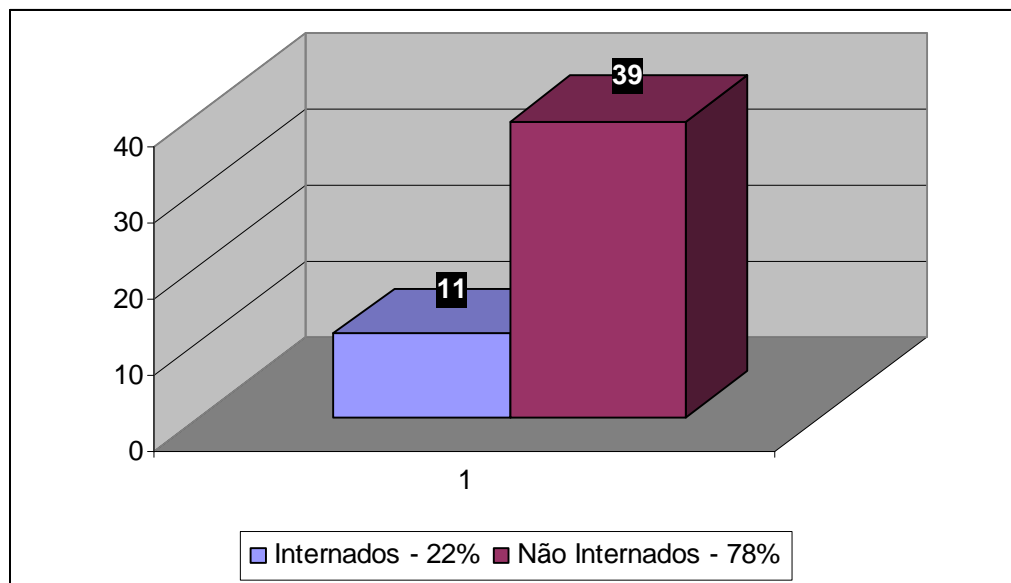
Observa-se no gráfico que os casos de recidiva e abandono somam juntos 18% dos casos, o equivalente a 9 pacientes, o que pode caracterizar uma falha no controle do tratamento.

Gráfico 9 - Distribuição de casos de TB por tipo de descoberta



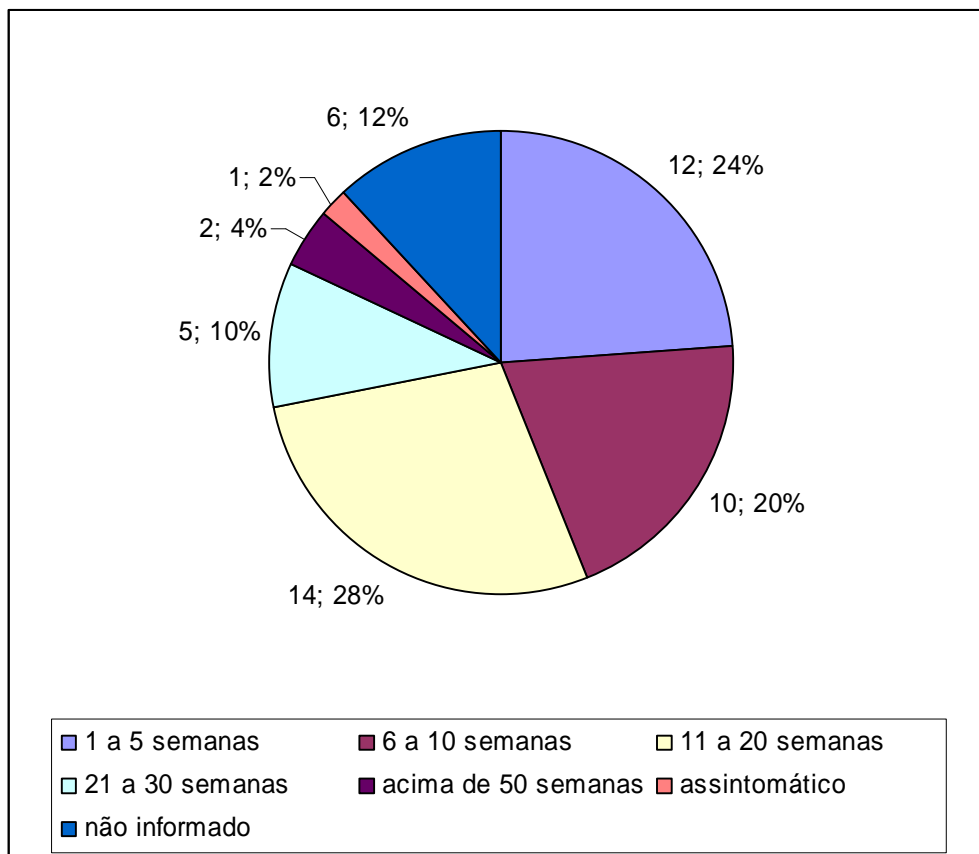
A maioria dos casos foram descobertos através de ambulatório público (52%) e PS ou hospital público (28%), ficando as demais descobertas atribuídas a PS ou hospital particular, médico particular e outros.

Gráfico 10 - Distribuição de casos de TB por ocorrência de internação durante o tratamento



O índice de 22% de pacientes internados corresponde a 11 pacientes do total da amostra, sendo que quase sua totalidade tiveram internação para elucidação de diagnóstico.

Gráfico 11 - Distribuição de casos de TB por data dos primeiros sintomas até a descoberta do diagnóstico e início do tratamento



De acordo com o gráfico, apenas $\frac{1}{4}$ dos pacientes tiveram diagnóstico confirmado e início do tratamento entre a 1ª a 5ª semanas. Ilustra ainda que 2 pacientes somente tiveram confirmação do diagnóstico após 50ª semana, o que reflete numa progressão da doença a um grande período de transmissão, seja este decorrente da falta de informação, busca ativa ou por tratamento de outro diagnóstico.

7. Anexos

Parecer do Comitê de Ética do Hospital Regional de Assis



Hospital Regional de Assis
Governo do Estado de São Paulo
Faculdade de Medicina de Marília
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Aprovado pela CONEP/MS em 09/11/2004 - RN 25000.165648/2004-93
Renovado em 13/12/2007
Praça Dr. Simphrônio Alves dos Santos s/nº. 19810-000 - Assis - SP
Tel.: (18) 3302-6000 R. 6079 E-mail: etica@hra.famema.br

Parecer nº 218/2009

Assis, 04 de maio de 2009.

Profª Mariana Goering Barreiro

Com referência ao Projeto de Pesquisa sob título: "**Tuberculose na população do município de Assis**" de autoria do aluno Adalberto Fuzaitte sob vossa orientação, recebeu **PARECER FAVORÁVEL** por este CEP. A coleta de dados poderá ser iniciada conforme previsto no cronograma.

Sendo só para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'T. Prochet', is written over a horizontal line.

Teresa Cristina Prochet
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Hospital Regional de Assis

A coleta de escarro para baciloscopia deve ser procedida da seguinte forma:

A primeira amostra deve ser solicitada e coletada no momento em que o sintomático respiratório (SR) procura atendimento na Unidade de Saúde (UBS, Ambulatório ou PS), ou nos Programas de Saúde da Família / Programa de Agente Comunitários de Saúde ou em instituições fechadas como o Sistema Prisional e Albergues, visando garantir a realização do exame laboratorial no momento da descoberta. Não é necessário estar em jejum, porém é importante que a boca esteja limpa, sem resíduos alimentares.

Antes de iniciar as orientações ao cliente, o profissional de saúde deverá reunir todo material necessário, bem como verificar se a tampa do pote fecha bem e se o mesmo está devidamente identificado (nome do cliente e data da coleta em fita adesiva colada no corpo do pote e nunca na tampa). Técnica de coleta da 1ª amostra (na Unidade de Saúde):

- Explicar a importância do exame para o cliente utilizando termos claros e de fácil entendimento.
- Orientar a necessidade de seguir os passos da coleta, pois o material para exame de escarro deve ser proveniente da árvore brônquica e não da região da orofaringe.
- Fornecer ao cliente a orientação e simulação da técnica de coleta, utilizando para isto o pote, aproveitando este momento para indicar a quantidade a ser colhida.
- Orientar o cliente a inspirar profundamente, retendo por alguns instantes o ar nos pulmões. Orientar o cliente a tossir e lançar o material diretamente no pote de coleta, após ter retido o ar nos pulmões.
- Orientar a repetir este procedimento por 3 vezes, a fim de atingir a quantidade necessária ao exame (5 a 10 ml).
- Orientar a tomar cuidado para que o material não escorra do lado externo do pote.
- Orientar o cliente a tampar o pote rosqueando-o firmemente. Entregar o pote identificado envolto em papel toalha, ou em papel higiênico.
- Solicitar ao cliente que repita verbalmente as informações realizadas e simular a coleta.
- Indicar ao cliente o local de coleta na Unidade (local aberto de preferência ao ar livre ou em sala bem arejada).
- Após a coleta o cliente deve levar o pote até o profissional de saúde. O profissional deverá verificar a quantidade e qualidade da amostra, sem abrir o pote. Caso a quantidade seja insuficiente, deve-se pedir para que o cliente repita a operação até obter uma amostra adequada.
- Ao final, o cliente deverá lavar as mãos.

A 2ª amostra deverá ser coletada na manhã do dia seguinte, assim que o cliente despertar. O paciente deve estar em jejum, realizar bochecho com água para a retirada de resíduos existentes na orofaringe e seguir os passos da 1ª amostra. Essa amostra em geral tem uma quantidade maior de bacilos, porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda noite.

O cliente deve ser orientado a levar o exame à Unidade de Saúde no mesmo dia (não armazenar em casa), transportando o pote com a tampa para cima, em saco plástico, cuidando para que este permaneça nessa posição evitando extravasamento do material. Técnica da coleta da 2ª amostra (no domicílio):

- O cliente deve colher a amostra, logo ao despertar em local arejado, seguindo os passos da 1ª amostra.
- Realizar esta coleta no dia em que for levar o exame à Unidade de Saúde (não deixar armazenada em casa).
- O cliente deverá colocar o pote com a tampa para cima, em saco plástico, cuidando para mantê-lo nessa posição.

Orientar que o cliente lave as mãos após este procedimento e transporte o material para o local indicado. (Centro de Vigilância Epidemiológica, 2002, p. 6-8)

A classificação da tuberculose:

São empregados dados a partir da história, exame físico, teste cutâneo, radiografia de tórax e exames microbiológicos para classificar a tuberculose em uma das cinco classes. Um esquema de classificação fornece aos profissionais de saúde pública uma maneira sistemática para monitorar a epidemiologia e o tratamento da doença. (SMELTZER apud American Thoracic Society, 2005, p. 565)

Classe 0: sem exposição; nenhuma infecção

Classe 1: exposição; sem evidência de infecção


Classe 2: infecção latente; sem doença (p.ex., reação de PPD positiva, mas sem evidência clínica de tuberculose ativa)

Classe 3: doença, clinicamente ativa

Classe 4: doença, não clinicamente ativa


Classe 5: doença suspeitada, diagnóstico pendente

Solicitação de Baciloscopia / Pesquisa de BAAR – TB

 DIVISÃO DE TUBERCULOSE		Solicitação de Baciloscopia Pesquisa de BAAR-TB		DATA DE ENTRADA NO LABORATÓRIO ____/____/____		Nº GERAL _____	
UNIDADE DE SAÚDE						GVE	
NOME						Nº DO PRONTUÁRIO	
ENDEREÇO							
DIST. ADM.		MUNICÍPIO		CEP		(DDD) FONE	
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____			IDADE		SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		
MATERIAL ENVIADO <input type="checkbox"/> ESCARRO OUTRO: _____				DATA DA COLETA ____/____/____			
DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> 1ª AMOSTRA <input type="checkbox"/> ____ AMOSTRA		<input type="checkbox"/> CONTROLE DE TRATAMENTO		<input type="checkbox"/> 1º MÊS <input type="checkbox"/> 2º MÊS <input type="checkbox"/> 3º MÊS <input type="checkbox"/> 4º MÊS <input type="checkbox"/> 5º MÊS <input type="checkbox"/> 6º MÊS <input type="checkbox"/> _____ MÊS			

RESULTADO DA BACILOSCOPIA	
<input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> POSITIVA DE 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> POSITIVA (+) <input type="checkbox"/> POSITIVA (++) <input type="checkbox"/> POSITIVA (+++)	
ASPECTO DO ESCARRO	
<input type="checkbox"/> MUCOPURULENTO <input type="checkbox"/> PURULENTO <input type="checkbox"/> SANGUINOLENTO <input type="checkbox"/> SALIVA <input type="checkbox"/> LIQUEFEITO	
OBSERVAÇÃO	
DATA DA SAÍDA ____/____/____	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME

Solicitação de Cultura Micobactérias – TB

 DIVISÃO DE TUBERCULOSE		Solicitação de Cultura Micobactérias - TB		DATA DE ENTRADA NO LABORATÓRIO ____/____/____		Nº GERAL _____	
UNIDADE DE SAÚDE						DIR	
NOME						Nº DO PRONTUÁRIO	
ENDEREÇO							
DIST. ADM.		MUNICÍPIO		CEP		(DDD) FONE	
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____			IDADE	SEXO		<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMININO
MATERIAL ENVIADO <input type="checkbox"/> ESCARRO OUTRO _____ <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> CONTROLE DE TRATAMENTO							
EXAME SOLICITADO <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> TESTE DE SENSIBILIDADE <input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE							
JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE SENSIBILIDADE:							
RESULTADO DA CULTURA							
<input type="checkbox"/> NEGATIVA				Nº DA CULTURA		<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> CONTAMINADA							
<input type="checkbox"/> NÃO-REALIZADA							
<input type="checkbox"/> POSITIVA		<input type="checkbox"/> HOUE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS SUGESTIVAS DO COMPLEXO M. TUBERCULOSIS		<input type="checkbox"/> HOUE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS SUGESTIVAS DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS			
<input type="checkbox"/> TESTE DE SENSIBILIDADE EM ANDAMENTO				<input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO CONCLUSIVA EM ANDAMENTO			
RESULTADO DA IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE: <i>Mycobacterium</i> _____							
TESTE DE SENSIBILIDADE ÀS DROGAS <input type="checkbox"/> INSONIAZIDA <input type="checkbox"/> RIFAMPICINA <input type="checkbox"/> PIRAZINAMIDA R= RESISTENTE S=SENSÍVEL <input type="checkbox"/> ETAMBUTOL <input type="checkbox"/> ESTREPTOMICINA							
TESTE DE SENSIBILIDADE ÀS DROGAS NÃO-REALIZADO <input type="checkbox"/> MATERIAL INSUFICIENTE OU CULTURA INVIÁVEL <input type="checkbox"/> CULTURA CONTAMINADA <input type="checkbox"/> EXAME SOLICITADO SEM JUSTIFICATIVA <input type="checkbox"/> TESTE REALIZADO COM OUTRA CEPA NUM PERÍODO INFERIOR A TRÊS MESES							
OBSERVAÇÃO							
DATA DA SAÍDA ____/____/____				ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME			

REQ_MICOBAC_TB 14/09/2005 MR PM/70

Ficha de Notificação de Tuberculose (frente)



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE

CVE CENTRO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA
"Prof. Alexandre Vranjac"

IDENTIFICAÇÃO

Nº SINAN		RG	Nº CARTÃO SUS	
NOME			SEXO	NATURALIDADE
DATA DE NASCIMENTO			1. MASC. 2. FEM.	ESTADO OU PAÍS
NOME DA MÃE			GESTANTE	ESCOLARIDADE
OCUPAÇÃO			1. SIM 2. NÃO	ANOS DE ESTUDO COMPLETOS
			ETNIA	
			1. BRANCO 2. PRETO	3. AMARELO 4. PARDO 5. INDÍGENA 9. IGNORADO
			<input type="checkbox"/> 1. PROFISSIONAL DE SAÚDE 2. PROFISSIONAL DO SISTEMA PENITENCIÁRIO	3. DESEMPREGADO 4. APOSENTADO 5. DONA DE CASA 6. DETENTO 7. OUTRA

ENDEREÇO

ESTADO	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	TELEFONE
CEP	RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO	INSTITUCIONALIZADO
BAIRRO	ÁREA RESID.	<input type="checkbox"/> 1. INSTIT. PENAL 2. ALBERGUE 3. ASILO 4. ORFANATO 5. HOSP. PSÍQ. 8. NÃO 9. IGN.
DISTRITO		

UNIDADE DE SAÚDE

CNES	UNIDADE	PRONTUÁRIO
DATA DE NOTIFICAÇÃO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	

HISTÓRIA DE TRATAMENTO

TRATAMENTO ANTERIOR DE TB	DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL
<input type="checkbox"/> 1. CASO NOVO (sem tratamento anterior) <input type="checkbox"/> 2. RECIDIVA, ALTA POR CURA HÁ _____ ANOS <input type="checkbox"/> 3. RETRATAMENTO - ABANDONO HÁ _____ ANOS	_____ / _____ / _____

FORMAS CLÍNICAS

FORMA CLÍNICA 1	FORMA CLÍNICA 2	FORMA CLÍNICA 3	1. PULMONAR 3. MENINGEA 4. FLEURAL	5. GANGL. PERIFÉRICA 6. OSSEA 7. VIAS URINÁRIAS	8. GENITAL 9. INTESTINAL 10. OFTÁLMICA	11. PELE 13. LARÍNGEA 15. MILIAR	17. MÚLTIPLOS ÓRGÃOS
TIPO DE DESCOBERTA			DATA APROXIMADA				
<input type="checkbox"/> 1. DEMANDA AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> 2. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> 3. ELUCIDAÇÃO DIAGN. EM INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> 4. INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS			<input type="checkbox"/> 5. BUSCA ATIVA EM INSTITUIÇÃO <input type="checkbox"/> 6. BUSCA ATIVA NA COMUNIDADE <input type="checkbox"/> 7. DESCOBERTA APÓS ÓBITO <input type="checkbox"/> 8. CONTINUIDADE DE TRATAMENTO				PRIMEIROS SINTOMAS _____ / _____ / _____
			SERVIÇO DE SAÚDE QUE DESCOBRIU O CASO				

EXAMES COMPLEMENTARES

EXAMES		CÓDIGOS BAC/CULTURA/HIV	
<input type="checkbox"/> BACILOSCÓPIA DE ESCARRO	<input type="checkbox"/> BACILOSCÓPIA DE OUTRO MATERIAL	1. POSITIVO	8. NÃO-REALIZADO
<input type="checkbox"/> CULTURA DE ESCARRO	<input type="checkbox"/> CULTURA DE OUTRO MATERIAL	2. NEGATIVO	9. SEM INFORMAÇÃO
<input type="checkbox"/> RX DO TÓRAX	<input type="checkbox"/> RX DE OUTRA LOCALIZAÇÃO	3. EM ANDAMENTO	
<input type="checkbox"/> HISTOPATOLÓGICO	<input type="checkbox"/> NECRÓPSIA	CÓDIGOS RX	CÓDIGOS HISTOPATOLÓGICO/NECRÓPSIA
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> OUTRO (especificar) _____	1. NORMAL 2. SUSPEITA DE TB 3. SUSPEITA DE TB COM CAVIDADE 8. NÃO-REALIZADO 9. SEM INFORMAÇÃO	1. BAAR POSITIVO 2. SUGESTIVO TB 8. NÃO-REALIZADO 9. SEM INFORMAÇÃO

Ficha de Notificação de Tuberculose (verso)

AGRAVOS ASSOCIADOS	
<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> OUTRA IMUNOSSUPRESSÃO <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO <input type="checkbox"/> DROGADIÇÃO <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL <input type="checkbox"/> OUTRAS (especificar) _____	
CONTATOS DOMICILIARES	
CONTATOS DOMICILIARES <input type="checkbox"/> EXISTENTES <input type="checkbox"/> TOTAL EXAMINADOS <input type="checkbox"/> QUANTOS ADOECERAM	
TRATAMENTO	
TIPO DE TRATAMENTO <input type="checkbox"/> 1. SUPERVISIONADO 2. AUTO-ADMINISTRADO 3. SEM INFORMAÇÃO	ESQUEMA <input type="checkbox"/> RIFAMPICINA (R) <input type="checkbox"/> ETAMBUTOL (E) <input type="checkbox"/> OUTRAS DROGAS (especificar) <input type="checkbox"/> ISONIAZIDA (H) <input type="checkbox"/> ESTREPTOMICINA (S) <input type="checkbox"/> PIRAZINAMIDA (Z) <input type="checkbox"/> ETIONAMIDA (E)
INTERNAÇÃO	
CNES	HOSPITAL
DATA DA INTERNAÇÃO	MOTIVO
____/____/____	1. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA 5. ABSCESSO 8. CAQUEIXIA 13. NÃO-ADESÃO AO TRAT. 2. HEMOPTISE 6. AIDS 10. ELUCIDAÇÃO DIAGNÓSTICA 99. SEM INFORMAÇÃO 3. MENINGITE 7. DIABETES 11. CAUSAS SOCIAIS 4. TB MILIAR 12. OUTROS (especificar) _____
DATA DA ALTA HOSPITALAR	TIPO DE SAÍDA HOSPITALAR
____/____/____	<input type="checkbox"/> 1. CURA 5. ALTA P/TRAT. AMBULATORIAL 9. SEM INFORMAÇÃO <input type="checkbox"/> 2. A PEDIDO 6. TRANSF. P/OUTRO HOSPITAL 10. EVADIU-SE <input type="checkbox"/> 3. DISCIPLINAR 7. ÓBITO TB <input type="checkbox"/> 4. MUDANÇA DIAGNÓSTICO 8. ÓBITO POR OUTRA CAUSA

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Preencher esta ficha para:

1. Todo e qualquer doente para o qual haja tratamento de tuberculose, seja ele caso novo, recidiva, retratamento após abandono ou recebido por transferência, mesmo que já tenha sido notificado anteriormente.
2. Doente identificado como tal por baciloscopia e/ou cultura, mesmo sem início de tratamento.
3. Doente que tenha sido identificado como tal após óbito.

Prazo de envio:

Enviar para digitação no prazo de 10 dias. Os exames em andamento não serão motivo para atrasar esse envio – eles serão atualizados oportunamente.

Ítems:

IDENTIFICAÇÃO: registrar sem abreviações.

Escolaridade - Número de anos de estudo completos. Por exemplo, se o doente completou até a 2ª série do 2º grau – registrar 10 (8 anos do 1º grau + 2 anos do 2º grau).

TRATAMENTO ANTERIOR: registrar se o paciente já teve tratamento específico de tuberculose e o tipo de desfecho deste (alta-cura, abandono), bem como há quantos anos isso ocorreu. Nos casos recebidos para continuidade de tratamento, informar o código 1 se for o primeiro tratamento específico, mesmo de tuberculose.

