

# Perfil dos pacientes com tuberculose que foram atendidos em uma unidade de referência do município de Santa Cruz do Sul - RS no período de 2009 a 2013

## Profile of patients with tuberculosis treated in a Reference of the municipality of Santa Cruz do Sul - RS in the period from 2009 to 2013

Jéssica Chaves<sup>1</sup>, Betânia Andres Tomilin<sup>1</sup>, Davi Brun<sup>1</sup>, Luís Gustavo Fuhr<sup>1</sup>, Flávia Ourique<sup>1</sup>, Karine Pilletti<sup>1</sup>, Maria Luiza Krummenauer<sup>1</sup>, Simoni Lopes Peixoto<sup>1</sup>, Ramona Fernandes<sup>1</sup>, Ana Luisa Freitas<sup>1</sup>, Artur Sabbi Porciúncula<sup>1</sup>, Marcelo Tadday Rodrigues<sup>2</sup>.

1. Discente do Curso de Medicina pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. 2. Docente de Pneumologia do Curso de Medicina pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul (RS), Brasil.

### Resumo

**Introdução:** Anualmente, são notificados cerca de seis milhões de novos casos de Tuberculose em todo o mundo. No Brasil, a doença é um problema de saúde pública. **Objetivo:** Analisar os aspectos clínico-epidemiológicos dos pacientes com tuberculose que foram notificados no município de Santa Cruz do Sul-RS. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo e transversal, por meio da revisão de prontuários de pacientes atendidos com tuberculose na cidade de Santa Cruz do Sul-RS, durante os anos de 2009 a 2013. Os dados foram analisados no SPSS 22.0. **Resultados:** No ano de 2013, a taxa de incidência da tuberculose em Santa Cruz do Sul foi de 77,7 casos novos/100.000 habitantes. A amostra foi composta de 288 casos de tuberculose notificados na cidade. A análise revelou que apenas 88 (32,83%) pacientes atendidos eram do sexo feminino. A média de idade dos pacientes foi de 41,03 anos. Houve 222 (82,83%) novos casos da doença e apenas 19 casos de recidivas. Os atendimentos a presidiários foram expressivos, totalizando 52 pacientes. O sintoma mais prevalente foi a tosse com expectoração em 195 (67,7%) casos. A forma clínica predominante foi tuberculose pulmonar em todos os anos analisados, totalizando 278 (96,52%) casos. A prevalência da coinfeção tuberculose/HIV variou de 8% a 18,7% dentro dos cinco anos. **Conclusões:** O município está entre os 15 prioritários no estado do Rio Grande do Sul para o controle da tuberculose, mostrando que os altos índices da doença no município devem alertar para a importância de medidas eficazes no combate da doença.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Fatores de Risco. Atenção Primária à Saúde.

### Abstract

**Introduction:** About six million new cases of Tuberculosis are reported annually worldwide. In Brazil, the disease is a public health problem. **Objective:** To analyze the clinical and epidemiological aspects of patients with tuberculosis reported in the city of Santa Cruz do Sul, RS. **Methods:** A retrospective, descriptive and cross-sectional study was carried out through the review of medical records of patients treated with tuberculosis in the city of Santa Cruz do Sul -RS during the years 2009 to 2013. Data were analyzed in SPSS 22.0. **Results:** In 2013, the incidence rate of tuberculosis in Santa Cruz do Sul was of 77.7 new cases / 100,000 inhabitants. The sample consisted of 288 cases of tuberculosis reported in the city. The analysis revealed that only 88 (32.83%) patients attended were female. The mean age of the patients was 41.03 years. There were 222 (82.83%) new cases of the disease and only 19 cases of relapses. Outpatient visits were significant, totaling 52 patients. The most prevalent symptom was cough with sputum in 195 (67.7%) cases. The predominant clinical form was pulmonary tuberculosis in all analyzed years, totaling 278 (96.52%) cases. The prevalence of tuberculosis / HIV co-infection ranged from 8% to 18.7% within five years. **Conclusions:** The municipality is among the 15 priorities in the state of Rio Grande do Sul for the control of tuberculosis, showing that the high rates of the disease in the municipality should alert to the importance of effective measures to combat the disease.

**Key words:** Analysis of data. Epidemiology. Syphilis Congenital.

### INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, ou Bacilo de Koch (BK)<sup>1</sup>. Apresenta algumas características únicas, como a transmissão de paciente para paciente por aerossóis de secreções respiratórias contaminadas, um período de latência longo, uma resposta granulomatosa associada à intensa inflamação e lesão tecidual, além da preferência por acometimento do parênquima pulmonar em mais de 80% dos casos, apesar de também poder ocorrer em ossos, rins e meninges. Existem relatos de elevadas

taxas de transmissão no Brasil em escolas médicas, serviços de saúde e no sistema prisional<sup>1,2</sup>.

No ano de 2015, verificou-se que as regiões Norte, Sudeste e Nordeste apresentaram os mais elevados índices de casos novos da doença, sendo respectivamente 37,4; 34,1 e 28,9/100.000 habitantes<sup>19</sup>. Anualmente, são notificados cerca de seis milhões de novos casos em todo o mundo, levando mais de um milhão de pessoas a óbito. No Brasil, a doença é um problema de

**Correspondência:** Jéssica Chaves. Av. Independência, 2293 - Universitário, Santa Cruz do Sul - RS, 96816-501. E-mail: jessykasacht@yahoo.com.br

**Conflito de interesse:** Não há conflito de interesse por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 7 Ago 2016; Revisado em: 20 Ago 2016; 21 Jan 2017; Aceito em: 25 Jan 2017

saúde pública, com profundas raízes sociais, estando ligada à má distribuição de renda e à não adesão ao tratamento dos portadores e/ou familiares ou contatos. Além disso, o país é um dos 22 países que concentram 80% da carga mundial de tuberculose (TB), ocupando a 18ª posição em relação aos casos novos e a 22ª posição no que se refere ao coeficiente de incidência (CI)<sup>19, 3,4</sup>. Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/MS), desde 2009, no Brasil, mais de 80 mil casos novos são registrados ao ano, mostrando aumento o número dos casos novos de tuberculose. Em 2014, até setembro foram registrados 50781 casos novos.

A partir das estratégias expostas, o panorama mundial da tuberculose melhorou. O diagnóstico eficaz e o tratamento da doença salvaram, no mundo, 43 milhões de vidas no período de 2000 a 2014 e, em 2015, a prevalência estimada de tuberculose foi 42% menor do que em 1990<sup>19</sup>. Os coeficientes de mortalidade e de incidência foram reduzidos em 38,9% (3,6 para 2,2/100 mil hab.) e 34,1% (51,8 para 34,1/100 mil hab.), respectivamente, de 1990 até 2014. Com esses resultados, o país cumpriu as metas internacionais. Apesar disso, ainda foram registrados, entre 2005 e 2014, uma média de 70 mil casos novos e 4.400 mortes por tuberculose<sup>19</sup>.

Em países em desenvolvimento, a tuberculose acomete principalmente a população economicamente ativa (15 a 54 anos de idade), e homens adoecem duas vezes mais que as mulheres. Há maior disseminação em localidades de maior pobreza, baixa escolaridade e dificuldade de acesso a serviços de saúde<sup>6</sup>. Na população de infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a TB é uma importante causa de morbidade<sup>6</sup>.

Na maioria das vezes, a doença ocorre por reativação tardia de uma infecção primária. Em pacientes imunocomprometidos, ocorre progressão rápida para doença clinicamente reconhecível. Como grupos de alto risco, citam-se: crianças menores de 4 anos, idosos e pessoas imunocomprometidas, como transplantados, portadores de imunodeficiências ou em curso de quimioterapia<sup>1</sup>.

As manifestações clínicas da doença pulmonar incluem tosse, febre e sudorese. A tosse é seca e vai progredindo, podendo apresentar raias de sangue ou hemoptise. A febre pode atingir picos de até 41°C, caracteristicamente vespertina. A sudorese e a diaforese noturna são características. Ainda o paciente pode manifestar fadiga, mal-estar, perda ponderal, dor torácica e dispneia. O diagnóstico é baseado na história e nos achados clínicos. O teste tuberculínico (PPD) pode apresentar-se negativo em ¼ dos casos, e isso não descarta a doença em face dos sintomas típicos. Radiografia de tórax é essencial, pois se encontra infiltrado fibronodular de ápice pulmonar uni ou bilateralmente nos pulmões. O diagnóstico específico é feito por meio de esfregaço e cultura de escarro<sup>1,5</sup>.

Além das estratégias de diagnóstico e tratamento, são necessárias medidas preventivas. Entre elas, encontra-se o tratamento da TB latente, que reduz o risco de adoecer das

pessoas infectadas, a vacinação com BCG, que é a medida central para proteger da infecção de formas graves, e a biossegurança no cuidado do paciente tuberculoso, que diminui o risco do contágio, principalmente dos profissionais de saúde<sup>7</sup>. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose, do Ministério da Saúde, que está integrado à rede de Serviços de Saúde e é executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal, garante a distribuição gratuita de medicamentos. Além de promover ações preventivas e de controle do agravo. Dessa forma, permite o acesso universal da população às suas ações<sup>4</sup>.

O fortalecimento da Atenção Básica à Saúde, tornando-a protagonista no cuidado da pessoa com TB, permite à equipe de saúde uma maior proximidade com o paciente e com seus contatos, o que possibilita identificar sintomáticos respiratórios e, conseqüentemente, diagnosticá-los e tratá-los precocemente, contribuindo para diminuir a transmissão do bacilo da doença e favorecendo a adesão ao tratamento, uma vez que o abandono ao tratamento para TB contribui para a manutenção da cadeia de transmissão e surgimento de TB multidroga resistente, representando um desafio para a saúde pública. Uma das estratégias preconizadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde para o controle da doença é a adoção do Tratamento Diretamente Observado (TDO), que consiste na observação da ingestão dos medicamentos, de preferência todos os dias, visando a fortalecer a adesão do doente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos<sup>4, 20</sup>.

Apesar da implantação de diversas estratégias de controle e vigilância, a tuberculose ainda continua sendo um grande problema de saúde pública. Observa-se que o coeficiente de incidência de todas as formas de tuberculose se mantém próximo a 45 casos por 100 mil habitantes nos últimos cinco anos. O Rio Grande do Sul é o 7º Estado brasileiro (entre as 26 Unidades Federativas e Distrito Federal) em coeficiente de incidência<sup>21</sup>.

Considerando a relevância, a importância do tema e o aumento do número de casos na cidade de Santa Cruz do Sul, o presente estudo teve como objetivo analisar os aspectos clínico-epidemiológicos dos pacientes com tuberculose que foram notificados no município de Santa Cruz do Sul-RS, durante os anos de 2009 a 2013.

## METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada por meio de um estudo retrospectivo e descritivo. Revisaram-se os prontuários de pacientes com Tuberculose que foram atendidos na Unidade de Referência ambulatorial de tuberculose (UR-TB) anexado ao Hospital Santa Cruz, do município de Santa Cruz do Sul (SCS), durante os anos de 2009 a 2013.

A equipe de trabalho da UR-TB é composta por um médico, um técnico de enfermagem e uma enfermeira. O profissional médico

atende a pacientes com consultas agendadas previamente, dois turnos por semana, e a equipe de enfermagem atende a demanda espontânea. Todos os pacientes encaminhados de unidade de saúde de maior ou menor complexidade são acolhidos. Esses pacientes são encaminhados para a UR-TB com suspeita ou com diagnóstico, que é descentralizado no município. O tratamento é centralizado nesta unidade.

Foram incluídos na análise todos os pacientes em tratamento da doença, independente da forma clínica da TB, entre os anos de 2009 e 2013 (amostra de conveniência). O tamanho total da amostra foi de 288 pacientes. Para efeitos de análise, foram considerados como encaminhamentos documentos de referência e contra-referência oficiais ou não oficiais. Foi definida como referência toda e qualquer forma de encaminhamento (formulário oficial do município ou receituário médico) do paciente para a unidade de saúde de referência para TB (UR-TB).

As variáveis aferidas no documento de encaminhamento foram as seguintes: nome do paciente, sexo, idade, endereço e ocupação. No prontuário médico, foram avaliados os dados clínicos e epidemiológicos: data de início do tratamento bem como sinais clínicos da doença: tosse ou expectoração, perda de peso, sudorese, dispneia, hemoptise, dor torácica, febre vespertina, astenia, forma da tuberculose (pulmonar ou extrapulmonar), se o paciente é portador do Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), tabagismo, usuário de drogas e se foi realizado o teste tuberculínico.

Os dados analisados foram tabulados em Excel. A análise e o processamento dados foram realizados com o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão (DP), enquanto as categóricas foram expressas como frequência absoluta e relativa.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Santa Cruz, recebendo o Aceite sob o número do CAEE 62476416.4.0000.5343, e os responsáveis serão informados e seu consentimento obtido por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pacientes não serão submetidos a nenhuma intervenção, não representando nenhum risco a eles. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias, uma ficando com o pesquisador e outra com o paciente.

## RESULTADOS

No ano de 2013, a taxa de incidência da tuberculose em Santa Cruz do Sul foi de 77,7 casos novos/100.000 habitantes. A população de referência da pesquisa foi composta de 288 casos de tuberculose notificados na cidade de Santa Cruz do Sul, nos anos de 2009 a 2013. A análise dos prontuários revelou que apenas 88 (32,83%) pacientes atendidos eram do sexo feminino.

A média de idade dos pacientes foi de 41,03 anos. Houve 269 (92,89%) novos casos da doença e apenas 19 (7,11%) casos de recidivas. Os atendimentos a presidiários foram expressivos, totalizando 52 (19,4%) pacientes nessa situação, conforme dados demonstrados na tabela 1.

**Tabela 1.** Pacientes presidiários atendidos com diagnóstico de tuberculose no ambulatório do HSC, no município de Santa Cruz do Sul (RS), durante os anos de 2009 a 2013.

Ano	Nº	% Pacientes presidiários
2009	7	15,90
2010	5	12,82
2011	1	3,12
2012	13	20,63
2013	23	28,26

Os sintomas avaliados na primeira consulta dos pacientes foram perda de peso, dispneia, sudorese noturna, hemoptise, febre vespertina, astenia e tosse com expectoração. O sintoma mais prevalente entre os pacientes foi a tosse com expectoração, presente em 195 (67,7%) casos, seguida de perda de peso, com 181 (62,8%) casos. A média de perda de peso entre os pacientes foi de 7,5 Kg (Tabela 2).

**Tabela 2.** Prevalência da sintomatologia apresentada pelos pacientes na primeira consulta, atendidos no ambulatório do HSC, no município de Santa Cruz do Sul (RS), durante os anos de 2009 a 2013.

Variáveis	Nº	Percentual
Tosse com expectoração	195	67,7
Perda de peso	181	62,8
Sudorese noturna	145	50,3
Astenia	128	44,4
Dor torácica	126	43,7
Febre vespertina	123	42,7
Dispneia	117	40,6
Hemoptise	19	6,5

De acordo com a tabela 3, na qual são descritos os dados epidemiológicos da investigação, a forma clínica predominante foi tuberculose pulmonar em todos os anos analisados. A prevalência da coinfeção tuberculose/HIV variou de 8% a 18,7% dentro dos cinco anos. A associação com tabagismo foi predominante no ano de 2012, com 55,3%, e o número de pacientes usuários de drogas ilícitas variou de 6,25% a 22,22% no período estudado. O número de pacientes não submetidos ao teste tuberculínico teve um aumento expressivo no decorrer dos anos, com variação de 12,90% a 63,04%. De acordo com

De acordo com a tabela 3, na qual são descritos os dados epidemiológicos da investigação, a forma clínica predominante foi tuberculose pulmonar em todos os anos analisados. A prevalência da coinfeção tuberculose/HIV variou de 8% a 18,7% dentro dos cinco anos. A associação com tabagismo foi predominante no ano de 2012, com 55,3%, e o número de pacientes usuários de drogas ilícitas variou de 6,25% a 22,22% no período estudado. O número de pacientes não submetidos ao teste tuberculínico teve um aumento expressivo no decorrer dos anos, com variação de 12,90% a 63,04%.

**Tabela 3.** Caracterização clínica dos pacientes atendidos no ambulatório de Tuberculose do HSC no município de Santa Cruz do Sul (RS), durante os anos de 2009 a 2013.

Ano	Forma (%)		HIV	Tabagismo	Drogas
	P (%)	NP(%)			
2009	87,09	6,45	8,06	4,83	6,45
2010	74,35	20,51	15,38	17,94	15,38
2011	71,87	28,12	18,75	3,12	6,25
2012	79,36	20,63	15,87	55,38	22,22
2013	72,82	11,95	10,86	40,21	13,03

## DISCUSSÃO

A tuberculose é um problema de saúde pública que ainda requer estratégias mais rígidas para seu combate, apesar da diminuição das taxas de incidência e mortalidade apresentadas nos últimos anos. Em Santa Cruz do Sul, classificado como município prioritário para o controle da tuberculose pelo Ministério da Saúde, o Estudo em questão identificou 288 casos da doença. A prevalência maior foi entre os homens, bem como a prevalência nacional, em que se pôde perceber que o sexo masculino é acometido duas vezes mais que o feminino<sup>3</sup>. O IBGE divulgou, em 2012, dados informando que a faixa etária mais acometida está entre 40 e 59 anos, estatística corroborada pelo Estudo, que identificou uma média de idade de 41,03 anos<sup>3</sup>.

A incidência da tuberculose aumenta em populações em situação de vulnerabilidade. O Brasil é o quarto país no mundo com maior número de pessoas presas. As condições dessa população de presidiários favorece a propagação da doença, pois eles se encontram em celas onde a capacidade de ocupação é excedida e em um ambiente com condições de ventilação e iluminação inadequadas. No ano de 2013, foram identificados, nessa população, 7,8% dos casos novos notificados no Brasil<sup>3</sup>. Em Santa Cruz do Sul, no período analisado, esse número é ainda maior, com 19,4% dos pacientes. Segundo estudo Valença, et al, a prevalência mundial de TB entre detentos pode ser até 50 vezes maior do que as médias nacionais. Em 2012, a prevalência de TB em todo o mundo foi estimada em 169 casos por 100.000 habitantes, enquanto a prevalência média de TB em presídios de diferentes regiões do mundo, entre 1993 e 2011, foi de 1913 casos por 100.000 habitante<sup>22</sup>.

Os sintomas mais comuns na tuberculose pulmonar

apresentados por cada paciente estão relacionados com a idade e imunossupressão. Com o passar dos anos e com o envelhecimento, a população vai perdendo suas defesas naturais e, invariavelmente, fica imunossuprimida. A coinfeção HIV/TB e o consumo crônico de álcool também corroboram para que o paciente diminua suas defesas, e tais fatores fazem que os sintomas e o prognóstico do paciente com essas condições e a tuberculose associada sejam mais restritos<sup>23</sup>. Entre os sintomas mais prevalentes, a tosse é o mais característico da doença, sendo ela seca ou produtiva, conforme a progressão da doença, apresentando expectoração amarela ou verde-amarelada e com duração de três ou mais semanas, como foi evidenciado no presente estudo, em 195 pacientes (67,7%)<sup>2,4,7</sup>.

A reativação da tuberculose apresenta sintomas geralmente insidiosos e que aparecem com o passar do tempo. Os sintomas mais prevalentes são tosse, astenia e perda de peso, condizentes com três dentre os quatro principais sintomas relatados pelos pacientes na primeira consulta<sup>8</sup>. Um estudo realizado com idosos portadores de tuberculose pulmonar no Recife ressaltou que a perda de peso, mesmo sendo menos frequente, era mais acentuada nos idosos do que em adultos jovens<sup>9</sup>. Conforme a literatura, febre e sudorese noturna também são sintomas encontrados na reativação da tuberculose mas não se sobrepõe àqueles, o que não foi exatamente verificado neste estudo, devido ao fato do sintoma de sudorese noturna ser mais prevalente que a astenia. Outros sintomas presentes nessa fase incluem dor torácica, dispneia e hemoptise, apresentando menor prevalência entre os sintomas, comprovadamente presente na amostra estudada<sup>7</sup>.

A dispneia, relatada em 117 (40,6%) dos pacientes, acontece perante o envolvimento extenso do parênquima pulmonar, por derrame pleural ou pneumotórax. Geralmente é discreta, porém pode representar doença avançada quando persistente<sup>10,7</sup>. Sobre a dor torácica, presente em 126 pacientes (43,7%), pode-se inferir que é um sintoma mais encontrado na tuberculose extrapulmonar no adulto e não é considerada um sintoma mais prevalente na forma pulmonar do que a febre vespertina, como encontrado no presente estudo. Quando há dor torácica na forma pulmonar, sua característica é de ser moderada e contínua<sup>10</sup>. Segundo Norbis et al., em alguns casos, a TB pode cursar o seu início sem sintomas específicos ou sem nenhum. Nessa situação, deve-se levar em conta os riscos epidemiológicos do paciente, como viagens ou residência em áreas com prevalência conhecida de TB. Os sintomas da doença pulmonar ativa são tosse, às vezes, com muco ou sangue, dor torácica, fraqueza ou cansaço, perda de peso, febre e sudorese noturna. A tosse sanguinolenta está associada a estágios finais ou tardios da TB. Na forma latente, não há manifestação de sintomas<sup>24</sup>.

A hemoptise é uma frequente complicação da tuberculose, devido à destruição do parênquima pulmonar ocasionada pela evolução da doença. A hemoptise foi um dos sintomas relatados neste estudo, sendo o menos frequente deles, inferindo que 19 pacientes (6,5%) poderiam apresentar doença avançada<sup>8</sup>. Souza G. R. M. et al. estudaram Tuberculose em Hospital Geral

e perceberam que entre os sinais e sintomas respiratórios mais prevalentes no quadro clínico de tuberculose o escarro hemóptico ou hemoptise estava presente em 53 casos (32%). Tal estudo vai de encontro ao nosso, visto que a hemoptise se apresentou como o sintoma menos frequente<sup>24</sup>.

Em relação às formas clínicas da tuberculose, a pulmonar foi a mais frequente nesse estudo em todos os anos avaliados. Este resultado vem ao encontro com a estimativa do Ministério da Saúde, na qual há uma distribuição na população geral em torno de 80% da forma pulmonar e 20% da forma extrapulmonar. Além disso, segundo o Ministério da Saúde (2011) a forma pulmonar é a mais relevante para a saúde pública, pois cerca de 60% é a forma pulmonar bacilífera, sendo esta a responsável pela cadeia de transmissão da doença, podendo assim, infectar várias pessoas aumentando o número de casos de tuberculose<sup>1</sup>. Já a tuberculose extrapulmonar, nos últimos anos vem ganhando maior importância, devido ao aumento da sua incidência com maior acometimento em pacientes que possuem co-infecção por HIV especialmente naqueles imunocomprometidos graves<sup>11,12</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde, citado por NEVES et al. (2010), em 2006, dos novos casos de tuberculose no Brasil, 9% estavam coinfecados pelo vírus do HIV e no Rio Grande do Sul cerca de 19,9%. Esses dados vêm ao encontro aos verificados no nosso estudo no decorrer dos anos<sup>13</sup>. Além do mais, sabe-se que a infecção pelo HIV é um dos principais fatores de risco para evolução da tuberculose latente para a forma ativa. A probabilidade dessa evolução é de 10% em indivíduos imunocompetentes ao longo de toda sua vida, já nos HIV-positivos essa probabilidade é de 8% a 10% por ano. A coinfecção do HIV/TB interfere no comportamento de ambas as patologias<sup>13</sup>, modificando as características clínicas, laboratoriais, epidemiológicas, local de acometimento, duração do tratamento e resistência aos tuberculostáticos<sup>14</sup>. Além do mais, a infecção pelo vírus do HIV aumenta a ocorrência de tuberculose e a tuberculose piora a sobrevida dos pacientes com HIV<sup>14</sup>, porém, ainda assim, a maior dificuldade enfrentada em relação a essa concomitância é a não adesão dos pacientes aos tratamentos destas patologias, o que aumenta a incidência, a morbidade e a mortalidade<sup>13</sup>.

A tuberculose é sabidamente mais difícil de diagnosticar

quando há coinfecção pelo vírus do HIV. Há maior frequência das formas extrapulmonares o que requer uma investigação mais aprofundada por parte dos profissionais. Nesses casos, a baciloscopia de escarro muitas vezes é negativa, sendo necessária a coleta de cultura para micobactérias<sup>13</sup>.

Em relação ao tabagismo, 28% possuíam o hábito de fumar. Sabe-se que o tabagismo é responsável pelo aumento do risco de adquirir tuberculose, pois a fumaça do cigarro diminui o clearance mucociliar aumentando a aderência das bactérias que rompem o epitélio. Os fumantes apresentam uma maior mortalidade por tuberculose quando comparados aos que nunca fumaram e esse risco pode chegar a ser nove vezes maior. O tabagismo passivo está associado a um risco maior de desenvolver a infecção, como observado em vários estudos<sup>15</sup>. Além disso, o tabagismo também está associado com o diagnóstico tardio da tuberculose, pois a tosse muitas vezes é associada com o hábito de fumar<sup>16</sup>. O tabaco revelou-se um fator que não só aumenta o risco de tuberculose pulmonar como atrasa o diagnóstico da doença porque a tosse é comumente atribuída ao tabagismo<sup>20</sup>. Machado et al. estudaram 218 pacientes com tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro (RJ) e relataram que a probabilidade de demora na procura por atendimento médico era mais de onze vezes maior naqueles com tosse<sup>15,16</sup>.

Em relação ao uso de drogas é sabido que estas dificultam a cura da tuberculose, pois os usuários acabam abandonando o tratamento, sendo o tabagismo, etilismo e o uso de drogas ilícitas os principais preditores e muitas vezes há sobreposição destes<sup>17</sup>, como encontrado em nosso estudo, onde 7% dos portadores de tuberculose faziam uso concomitante de drogas ilícitas e fumavam. Porém, ainda assim, o fator mais fortemente associado ao abandono do tratamento é o alcoolismo<sup>18</sup>.

Santa Cruz do Sul está entre os 15 municípios prioritários no estado do Rio Grande do Sul para o controle da tuberculose, mostrando que os altos índices da doença no município devem alertar para importância de medidas eficazes para o combate da doença, auxiliando no rastreamento de novos casos e no início do tratamento precoce da doença. Além disso, fatores de risco que podem ser prevenidos com uma adequada saúde pública, tais como tabagismo, uso de drogas ilícitas e HIV estavam presentes em razoável parcela dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Goldman L, Ausiello DA. Cecil: medicina. 23. ed. Rio de Janeiro. Elsevier Saunders; 2009. p. 2651-61.
2. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade. Diretrizes clínicas na saúde suplementar: tuberculose: biossegurança e saúde ocupacional. São Paulo: AMB/ANS; 2011 [acesso 2016 Dez 10]. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tuberculose-biosseguranca\\_e\\_risco\\_ocupacional.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tuberculose-biosseguranca_e_risco_ocupacional.pdf).
3. Ministério da Saúde [BR]. Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso 2016 dez 10]. Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11045&Itemid=674](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11045&Itemid=674).
4. Ministério da Saúde[BR], Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa nacional de controle da tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 2016 Dez 10]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>.
5. Conde MB, Melo FAF, Marques AMC, Cardoso NC, Pinheiro VGF, Dalcin PTR. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J bras. pneumol. 2009 Out; 35(10): 1018-1048. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009001000011>.
6. Daronco A, Borges TS, Sonda EC, Lutz B, Rauber A, Battisti F, et al. Distribuição espacial de casos de tuberculose em Santa Cruz do Sul, município prioritário do

- Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2000 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012 Dez; 21(4):645-654.
7. Pozniak A. Clinical manifestations and evaluation of pulmonary tuberculosis. Up To Date[Internet]. 2015 [acesso 2015 mar 10]. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-evaluation-of-pulmonary-tuberculosis>>.
8. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2008.
9. Cavalcanti ZR, Albuquerque MFPM, Campello ARL, Ximenes R, Montarroyos U, Verçosa MKA. Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. *J bras pneumol*. 2006 Nov-Dez; 32(6):535-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132006000600011>.
10. Siqueira HR. Enfoque clínico da tuberculose pulmonar. *Pulmão RJ*. 2012; 21(1): 15-18.
11. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [acessado 2016 dez 10]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_de\\_recomendacoes\\_tb.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf).
12. Capone D, Mogami R, Lopes AJ, Tessarollo B, Cunha DL, Capone RB, et al. Tuberculose extrapulmonar. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2006 Jun-Dez; 5(2):54-67.
13. Neves LAS, Reis RK, Gir E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Rev esc enferm USP* 2010; 44(4):1135-1141. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400041>.
14. Ribeiro KC, Lima KM, Loureiro AD. Coinfecção HIV/Tuberculose (Mal de Pott): um Estudo de Caso. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2009; 21(2): 83-86.
15. Rabahi MF. Tuberculose e tabagismo. *Pulmão RJ*. 2012; 21(1):46-49.
16. Alcântra CCS, Kritski AL, Ferreira VG, Façanha MC, Pontes RS, Mota RS, et al. Fatores associados à tuberculose pulmonar em pacientes que procuraram serviços de saúde de referência para tuberculose. *J. bras. Pneumol*. 2012 Set-Out; 38(5):622-629. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132012000500012>.
17. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Out-Dez; 16(4): 712-8.
18. Campani STA, Moreira JS, Tietbohel CN. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). *J bras. pneumol*. 2011 Nov-Dez; 37(6):776-782. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000600011>.
19. Ministério da Saúde [BR], Secretaria de Vigilância em Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. *Boletim Epidemiológico*[Internet]. 2016[acessado 2016 dez 10]; 47: 1-15. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>.
20. Baldan SS, Ferraudo AS, Andrade M. A eficácia da estratégia saúde da família e do tratamento diretamente observado no controle da tuberculose. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2016; 6(4). doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i4.8193>.
21. Rodrigues MV, Godoy SC, Wilhelm, Nakata PT. Tuberculose no Rio Grande do Sul: relatório técnico 2014 – 2015. Porto Alegre: CEVS; 2016.
22. Valença MS, Possuelo LG, Cezar-Vaz MR, Silva PEA. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. *Ciênc saúde coletiva* 2016; 21(7): 2147-2160. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.16172015>.
23. Paiva VS, Pereira M, Moreira JS. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar em Unidade Sanitária de referência em Porto Alegre, RS. *Revista da AMRIGS*. 2011 Abr-Jun; 55(2): 113-117.
24. Ferri AO, Aguiar B, Whilhelm CM, Schmidt D, Fussieger F, Picoli SU. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. *Revista Liberato*. 2014 Jul-Dez; 15(24): 105-212.

**Como citar este artigo/How to cite this article:**

Chaves J, Tomilin BA, Brun D, Fuhr LG, Ourique F, Pilette K, et al. Perfil dos pacientes com tuberculose que foram atendidos em uma unidade de referência do município de Santa Cruz do Sul - RS no período de 2009 a 2013. *J Health Biol Sci*. 2017 Jan-Mar; 5(1):31-36.