



PERFIL DE PESSOAS ACOMETIDAS POR TUBERCULOSE

PROFILE OF TUBERCULOSIS PATIENTS

PERFIL DE PERSONAS ACOMETIDAS POR TUBERCULOSIS

Elisângela Franco de Oliveira Cavalcante¹, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva²

Objetivou-se construir o perfil das pessoas acometidas por tuberculose e descrever como a doença apresenta-se no município de Natal/Rio Grande do Norte. Foi delineado um estudo epidemiológico descritivo, com os casos de tuberculose notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação, entre 2006 e 2010. Foram notificados 2.632 casos, por ano de diagnóstico. A incidência da doença foi maior quando comparada com a nacional e com outros estudos. A evolução da doença demonstrou percentual de cura pouco abaixo dos valores nacionais. As doenças associadas a tuberculose estavam presentes. Determinados grupos da população estão mais susceptíveis a contrair a doença no município, ocorrendo mais entre homens, em faixa etária economicamente ativa, e de ocupações menos rentáveis. Demonstrou-se existência de profissionais da saúde com tuberculose. A doença tem destaque no contexto social e econômico da região e se apresenta como problema a ser enfrentado por profissionais de saúde, gestores e população.

Descritores: Tuberculose; Epidemiologia; Sistemas de Informação.

The objective was to build the profile of people affected by TB and describe how the disease presents itself in the city of Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. It outlined a descriptive epidemiological study, with reported cases of tuberculosis in the National Notifiable Diseases System between 2006 and 2010. 2,632 cases were reported, by year of diagnosis. Disease incidence was greater when compared with national and other studies. The disease has shown cure rates slightly below the national figures. Diseases associated to the tuberculosis were present. Certain population groups are more likely to develop the disease in the city, most cases occurring among men in their economically active age group, and less profitable occupations. The existence of health professionals with tuberculosis was shown. The disease is highlighted in the social and economic context of the region and presents itself as a health problem to be faced by health professionals, health managers and population.

Descriptors: Tuberculosis; Epidemiology; Information Systems.

El objetivo fue construir el perfil de personas afectadas por tuberculosis y describir cómo la enfermedad se presenta en Natal/Rio Grande do Norte, Brasil. Estudio epidemiológico descriptivo, con casos de tuberculosis notificados en el Sistema Nacional de Agravios Reportados, entre 2006 y 2010. Fueron reportados 2.632 casos por año de diagnóstico. La incidencia fue mayor en comparación con los datos nacionales y otros estudios. La enfermedad ha mostrado tasas de curación levemente abajas de los valores nacionales. Las enfermedades asociadas a la tuberculosis estuvieron presentes. Algunos grupos de población están más propensos a contraer la enfermedad, la mayoría ocurren entre los hombres en grupo de edad económicamente activa, y de ocupaciones menos rentables. Había profesionales de salud con tuberculosis. La enfermedad tiene relieve en el contexto social y económico de la región y se presenta como problema de salud a ser combatido por profesionales de salud, gestores y población.

Descriptores: Tuberculosis; Epidemiología; Sistemas de Información.

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, modalidade Dinter, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)/UFRN. Professora da Escola de Enfermagem de Natal da UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: elisangela.franco@ig.com.br

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica - NUCRON. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: denise.guerreiro@ufsc.br

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica, que atinge principalmente o pulmão, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, presente nas populações humanas desde épocas remotas da história, e que continua merecendo atenção dos profissionais de saúde e da sociedade, em todas suas esferas. Acometendo milhões de pessoas a cada ano, esta doença corresponde a segunda principal causa de morte em todo o mundo, entre as doenças infecciosas, perdendo apenas para a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Permanece demandando todos os critérios de priorização de uma doença considerada problema de saúde pública, que envolve, grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade^(1,3).

Embora, atualmente, existam recursos tecnológicos, como meios de comunicação de massa, sistemas de informação, exames laboratoriais mais rápidos, detecção de bactérias resistentes, dentre outros, que podem favorecer a prevenção e o controle maior da doença, persiste a perspectiva de não se obter, brevemente, sua eliminação como problema de saúde pública, uma vez que o contexto da doença retrata questões de vulnerabilidades e iniquidades em saúde. Associado a este quadro, o advindo da infecção pelo HIV tornou o contexto da TB um desafio adicional em todo o mundo, devido ao aumento significativo da morbidade e mortalidade. Problematiza ainda mais esta situação, as condições propícias ao surgimento e disseminação de cepas de *M. tuberculosis* resistentes, o que dificulta o tratamento e controle da doença^(1,4).

De acordo com a OMS, em 2011, 5,8 milhões de casos novos foram notificados em todo mundo, ultrapassando os 3,4 milhões notificados em 1995, mas ainda abaixo do estimado, que seria de 8,7 a 9 milhões de pessoas com TB em 2011. Destes, ocorrem quase três milhões de mortes, anualmente^(1,3,5).

No Brasil, a TB constitui um problema de saúde

prioritário, junto com outros 22 países em desenvolvimento, onde ocorrem 80% de todos os casos distribuídos mundialmente. Dados nacionais evidenciam que os homens adoecem duas vezes mais do que as mulheres, e que mais de 50 milhões de pessoas estejam infectadas pelo *M. tuberculosis*, com aproximadamente 80 mil casos novos e quatro a cinco mil mortes a cada ano. Atinge a todas as faixas etárias, prevalecendo entre indivíduos economicamente ativos, de 15 a 54 anos, do sexo masculino^(1,5).

Embora os dados epidemiológicos sobre a TB estejam disponíveis nos sistemas de informação do Ministério da Saúde (MS), eles são pouco explorados e analisados regionalmente, de modo a permitir o planejamento de novas estratégias de intervenção, bem como, avaliar as ações que vêm sendo desenvolvidas. Considerando a crescente expansão e falta de controle adequado da TB no Brasil, nos propusemos a realizar este estudo que teve como objetivo construir o perfil das pessoas acometidas por tuberculose no município de Natal no período de 2006 a 2010.

MÉTODO

Foi delineado estudo epidemiológico descritivo, desenvolvido junto ao Núcleo de Agravos Notificáveis (NAN) da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal, incluindo todos os casos de Tuberculose notificados no período de 2006 a 2010 e presentes no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Os dados foram tabulados por ano de diagnóstico, neste intervalo de tempo.

A cidade de Natal possui 803.739 habitantes, de acordo com o censo 2010⁽⁶⁾, ocupa uma área de 167km². Está situada no nordeste brasileiro, fazendo divisa com os estados da Paraíba e Ceará.

A coleta de dados ocorreu no NAN, nos meses de abril e maio de 2012. Foram incluídas as notificações

lançadas no Sinan até a Semana Epidemiológica 16^a de 2012, correspondente a data de 14 de maio deste mesmo ano. A variável ocupação foi inserida no Sinan a partir do ano de 2007, desta forma os dados referentes a mesma são de 2007 a 2010. Os dados registrados nas fichas de notificação/investigação da Tuberculose do Sinan foram exportados e tabulados por meio do TabWin versão 3.6, vinculado ao Sinan-net, para o Microsoft Office Excel 2010, onde foram construídas planilhas para cada variável de interesse do estudo.

Utilizaram-se dados secundários e públicos do Sinan, e foram disponibilizadas pela SMS apenas as variáveis aqui apresentadas. Desta forma, e como não houve acesso e manipulação de dados de identificação de seres humanos, o estudo não foi submetido a Comitê de Ética, e foi aprovado pelo gestor municipal.

As variáveis de estudo foram sexo, faixa etária, ocupação, bairro de residência, tipo de entrada, situação de encerramento/evolução do caso, forma da doença. Também os agravos associados: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), alcoolismo, diabetes, doença mental e outras doenças.

Para a variável bairro de residência, foi utilizado o Programa Epiinfo, para exportação dos dados. Para análise dos dados, foram calculados medidas de frequência absoluta, relativa, coeficientes de incidência.

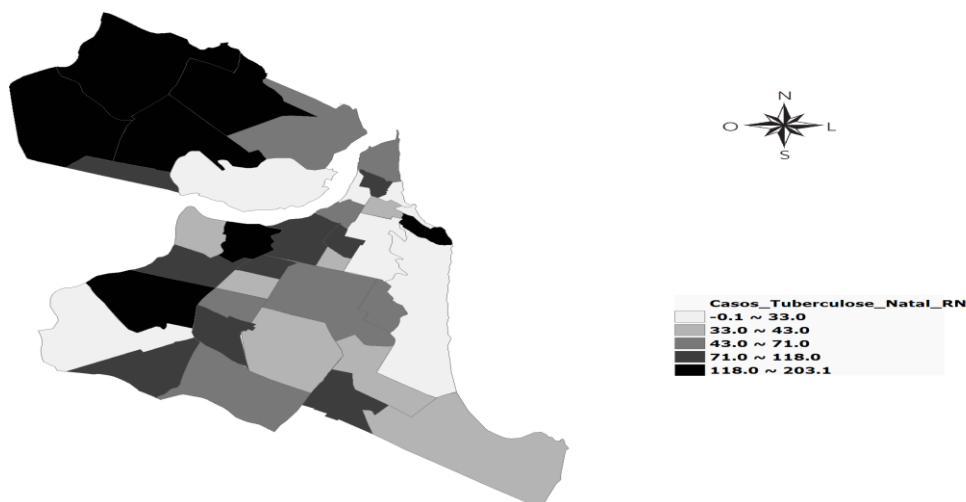


Figura 1 – Distribuição espacial dos casos notificados de tuberculose por bairro no município de Natal/RN, Brasil, no período de 2006 a 2010.

Para confecção do cartograma acerca da distribuição espacial dos casos de TB nos bairros do município de Natal/RN, foi utilizado o software livre Terraview 4.2.0.

Para calcular os coeficientes de incidência foi utilizado como denominador a população censitária ou estimada fornecida pelo IBGE disponível no site www.datasus.gov.br.

RESULTADOS

No município de Natal, foram notificados 2.632 casos de tuberculose no período de 2006 a 2010, considerando o ano de diagnóstico. Este município possui cinco distritos sanitários: oeste, leste, sul, norte I e norte II.

O distrito sanitário oeste apresentou maior concentração de casos (n=773) no período, seguido pelos distritos leste (n=558); norte II (n=497); sul (n=425); e o norte I (n=331). Bairros ignorados ou em branco totalizaram 48 casos. A distribuição espacial dos casos notificados por bairro encontra-se na figura 1.

Destacaram-se os bairros de Felipe Camarão, com 203 casos notificados, Quintas, com 157, ambos na zona oeste de Natal; e ainda, os bairros de Potengi, com 202 casos; e Nossa senhora da Apresentação com 186 casos, no distrito sanitário norte II.

O município apresentou um coeficiente de incidência de 66,1 e 62,5, respectivamente em 2006 e 2010. Destaca-se o ano de 2008, com incidência de 68,9 (Tabela 1).

Tabela 1 - Coeficiente de incidência de TB para os anos de 2006 a 2010 no município de Natal/RN, Brasil.

Ano	Número de casos	Casos novos por 100 mil	População residente por ano em Natal/RN
2006	522	66,1	789.895
2007	515	64,2	801.665
2008	550	68,9	798.065
2009	543	67,4	806.203
2010	502	62,5	803.739

Quando estratificado, os coeficientes de incidência para o sexo masculino representaram 89,3 e 92,6 e para o sexo feminino 45,6 e 35,7, nos anos de 2006 e 2010, respectivamente (Tabela 2). A incidência da doença para

o sexo masculino foi maior em todos os anos estudados quando comparado ao sexo feminino.

Em todo o período, o sexo masculino foi o mais prevalente, 67,0% (n=1.764).

Tabela 2 – Coeficiente de Incidência de Tuberculose por sexo no município de Natal/RN, Brasil, no período 2006 a 2010.

Ano	Masculino			Feminino		
	População	Casos	Incidência	População	Casos	Incidência
2006	370.768	331	89,3	419.127	191	45,6
2007	376.139	357	94,9	425.526	158	37,1
2008	374.415	366	97,8	423.650	184	43,4
2009	378.195	360	95,2	428.008	183	42,8
2010	377.947	350	92,6	425.792	152	35,7

Houve predomínio de pessoas acometidas na faixa etária entre 35 e 44 anos (22,7%), com ensino fundamental incompleto (24,47%). Entraram no sistema como casos novos (77,7%), recidiva (5%) e reingresso após abandono (9,89%).

Quanto à ocupação das pessoas acometidas pela tuberculose, nos anos de 2006 a 2010, o Sinan registrou

um total de 1236 pessoas, não apresentando desta forma a informação da ocupação de todos os casos notificados no período, principalmente para o ano de 2006 (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das ocupações mais frequentes entre as pessoas com tuberculose no município de Natal/RN, Brasil, no período de 2006 a 2010.

Ocupação	Pessoas com TB	%
Aposentado/pensionista	193	15,6
Dona de casa	191	15,4
Trabalhadores da construção civil	160	12,9
Estudante	123	9,9
Trabalhadores do comércio	87	7,0
Ignorada	63	5,1
Profissionais da saúde	28	2,3
Condutor de veículos a pedais	24	1,9
Desempregado	18	1,5
Empregado doméstico nos serviços gerais	14	1,1
Presidiário	13	1,0
Demais ocupações	322	26,0
Total	1236	100,0

Tabela 4 – Distribuição das ocupações mais frequentes entre os profissionais de saúde acometidos por tuberculose no município de Natal/RN, Brasil, no período de 2007 a 2010.

Ocupação	Profissionais com TB	%
Enfermeiro	6	21,4
Técnico de enfermagem	5	17,8
Agente comunitário de saúde	3	10,7
Médico clínico	3	10,7
Fisioterapeuta	3	10,7
Auxiliar de enfermagem	2	7,1
Cirurgião dentista - clínico geral	1	3,6
Médico veterinário	1	3,6
Farmacêutico bioquímico	1	3,6
Nutricionista	1	3,6
Psicólogo clínico	1	3,6
Atendente de consultório dentário	1	3,6
Total	28	100,0

A situação de encerramento declara como se deu a evolução do caso ou doença. Dos 2.632 casos diagnosticados no período, 59,8% (n=1575) obtiveram cura; 16,5% (n=433) apresentaram abandono do tratamento; 11,0% (n=292) encerraram por transferência; 3,5% (n=92) evoluíram para óbitos por TB; 2,5% (n=65) tiveram óbito por outras causas. 5,3% (n=138) estavam com este campo ignorado ou em branco, sendo a maioria, 56 casos, no ano de 2010. Dois casos tiveram como situação de encerramento a TB multirresistente e 35 casos tiveram mudança de diagnóstico.

A forma mais prevalente da doença foi a pulmonar, 84,2% (n= 2215). Os casos extrapulmonares resultaram em 13,2% (n=349) e os pulmonares mais extrapulmonares em 2,6% (n=68).

De forma semelhante ao preenchimento do campo ocupação na ficha de notificação da tuberculose, o campo referente à variável doenças associadas não correspondeu a totalidade dos casos notificados. Desta forma, para esta variável o banco de dados apresentou um total de 2021 casos de doenças associadas, destacando-se que uma pessoa com TB pode apresentar mais de uma doença associada ao quadro da TB, o que passaria do número total de casos notificados.

As principais doenças associadas notificadas foram Aids (n=119), alcoolismo (n=338), diabetes (n=134) e

doença mental (n=47). Foi observado que para cada doença associada notificada o número de informação ignorada ou em branco foi bastante expressivo: Aids (n=1198), alcoolismo (n=950), diabetes (n=1093) e doença mental (n=1141). Outras doenças também estavam associadas, mas não foram destacadas.

DISCUSSÃO

A cidade do Natal/RN, considerada município prioritário para o controle da tuberculose no Brasil, de acordo com a Nota Técnica nº 15 de 2011 da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, apresentou uma incidência da doença maior quando comparada com a nacional e com outros estudos^(1,7-9).

Estudo realizado em Ribeirão Preto/SP, de 2000 a 2006, evidenciou a maior incidência, em todo período, de 38,9, a cada 100 mil habitantes, para ano de 2001⁽⁸⁾. No Brasil, em 2007, foram notificados 72194 casos novos, o que corresponde a um coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes⁽²⁾. Natal/RN, por sua vez, apresentou um coeficiente de incidência de 68,9 em 2008, e 62,5 em 2010, respectivamente o maior e o menor indicadores do período estudado. Nestes casos, a capital do RN apresentou uma incidência da doença maior em relação a outras regiões do País.

Em consonância com as principais metas globais e indicadores para o controle da TB da OMS, seguindo a

perspectiva das metas de desenvolvimento do milênio, tem-se como meta mundial de impacto a redução, até o ano 2015, da incidência da TB para 25,9/100.000 habitantes. Almeja-se ainda que até 2050 a incidência global da TB ativa seja menor que 1/1.000.000 habitantes por ano⁽¹⁰⁾.

Os bairros com maior número de casos notificados de TB no município de Natal/RN foram Felipe Camarão e Quintas, no Distrito Sanitário Oeste, e Potengi e Nossa Senhora da Apresentação, no distrito sanitário norte II. Estes bairros se caracterizam por serem bastante populosos, com muitos trechos de aglomeração de residências, evidenciando um crescimento urbano desorganizado, e com uma situação econômica e social bem comprometida. No município, esses distritos sanitários possuem uma população predominantemente de baixa renda e pouca escolaridade, embora existam nesses distritos alguns bairros com melhores condições econômicas e sociais⁽¹¹⁾.

As características epidemiológicas da TB no Brasil evidenciam que não existem variações sazonais, de importância prática, na caracterização da doença. Observa-se então que a prevalência é maior em áreas de grande concentração populacional, e precárias condições socioeconômicas e sanitárias. Os mais vulneráveis à doença são indivíduos que convivem com doente bacilífero, grupos com redução da imunidade, pessoas com silicose e as que se encontram em uso de corticosteróides, ou infectados pelo HIV⁽¹⁾.

A distribuição por faixa etária e sexo evidenciou que a TB acometeu mais o adulto masculino em sua idade economicamente ativa. Estudos nacionais também revelaram resultados semelhantes, assim como os dados oficiais do MS^(1,8,12-13). Isto retrata um problema na esfera socioeconômica do País, uma vez que a doença afasta o trabalhador de suas atividades ocupacionais, elevando o absentismo e diminuindo a produtividade das empresas, baixando os rendimentos familiares, quando não comprometendo totalmente, e

incapacitando temporariamente o trabalhador. O afastamento compulsório do trabalho decorrente do adoecimento pode levar ao agravamento do sofrimento da pessoa com TB, uma vez que a mesma sente que a doença acarreta um afastamento social e uma limitação ocupacional⁽¹⁾.

Quanto a escolaridade, as pessoas com TB, predominantemente, têm o ensino fundamental incompleto, o que retrata que a doença se manifesta mais entre os que possuem pouca escolaridade, embora em todos os níveis de instrução foram encontradas pessoas acometidas pela doença. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos^(12,14). A baixa escolaridade pode levar a uma vulnerabilidade social no sentido de que o acesso a informações sobre a doença e o tratamento e sobre qualidade de vida pode estar prejudicado, o que pode levar inclusive ao abandono do tratamento⁽¹⁴⁾.

O grau de instrução também colabora para uma efetiva participação em ações de educação em saúde, pois permite um maior entendimento e apreensão dos conhecimentos levantados sobre o viver com a doença ou o estar doente. O desconhecimento da doença, sua transmissão, prevenção e tratamento pode levar à discriminação da pessoa com TB em diversos cenários, seja em âmbito familiar ou profissional⁽¹⁾.

A forma de entrada no sistema de informação demonstrou que a maioria dos casos entra como caso novo para o município. No entanto, destacam que 5% são por recidiva da doença e 9,8% por reingresso, expressando uma situação preocupante, uma vez que aproximadamente 15% das pessoas não estão realizando o tratamento de forma adequada. Segundo o MS, é desejado que as taxas de cura sejam superiores a 85% e que as de abandono não ultrapassem 5%. O êxito no controle da TB tem como ferramentas a detecção precoce dos casos e o tratamento eficaz da doença. Neste contexto, os serviços de saúde, principalmente a atenção básica, são responsáveis pela

redução do abandono do tratamento e sua realização de forma adequada^(2,15).

A ocupação das pessoas com TB teve uma distribuição bastante variada, predominando atividades que requerem baixa escolaridade. Dentre os mais acometidos, destacaram-se os aposentados e as donas de casa. Os aposentados, muitas vezes, se encontram em situação de vulnerabilidade no que diz respeito à renda insuficiente para sobrevivência, ao acesso aos serviços de saúde, ao abandono por parte dos familiares, ou até mesmo o cuidado negligenciado pelos mais próximos, às necessidades sociais não atendidas pelas políticas públicas, à dificuldade na implementação resolutiva da política de atenção à saúde do idoso, dentre outras. Já as donas de casa, as quais possuem trabalho semelhante às empregadas domésticas, mas sem remuneração devida, podem estar expostas a situações de renda familiar insuficiente, condições de vida precárias e insalubres, baixa escolaridade, baixa qualidade na alimentação, dificuldade no acesso aos serviços de saúde, e outros que retratam o contexto em que predominantemente ocorre a TB⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Houve destaque também para o ramo da construção civil, comércio e serviços. Os trabalhadores da construção civil, devido à perfuração de poços, túneis e cortes de azulejos, estão expostos ao pó da sílica. Estudos revelam que os trabalhadores expostos à sílica, com ou sem silicose, apresentam uma vulnerabilidade maior a desenvolver a TB⁽¹⁸⁾. Além disso, na construção civil, são frequentes as condições de trabalho e moradia insalubres, a baixa remuneração, a informalidade do trabalho, a ausência de monitoramento, fiscalização e atuação por parte dos órgãos competentes, o descumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, entre outros. Fatores estes que contribuem para a elevada morbidade, ou até mesmo mortalidade, associada ao desempenho do trabalho^(2,17).

Os trabalhadores que prestam serviços no comércio, por exemplo, mantém contato permanente com o público em geral e isto os torna expostos a doenças respiratórias, como a TB. Estudo realizado em Curitiba-PR demonstrou que as pessoas acometidas pela TB estavam inseridas em ocupações no ramo do comércio, construção civil, indústria e serviços domésticos⁽¹⁴⁾.

Os resultados também apontaram para outro grupo de trabalhadores com destaque que foram os profissionais da saúde, principalmente a enfermagem. Para esta categoria, a exposição ocupacional ao bacilo da TB, muitas vezes, está presente no processo de trabalho, advinda do risco biológico, quando as devidas precauções não são implementadas e praticadas como parte deste processo, como o simples uso do equipamento de proteção individual, a ventilação do ambiente ou troca adequada de ar, a higienização das mãos e outras. Estudo realizado sobre a temática da TB ocupacional revela que é necessário implementar as medidas de biossegurança nos serviços de saúde e tornar os profissionais de saúde capazes de se reconhecer como vulneráveis ao adoecimento devido a exposição à TB, reivindicando locais e condições de trabalho seguras diante da exposição biológica⁽¹⁹⁾.

No aspecto ocupacional das pessoas com TB, observa-se que a predominância de casos da doença em determinadas atividades econômicas demonstra que estas possuem forças produtivas e relações sociais específicas que podem implicar em uma maior vulnerabilidade para desenvolvimento da doença dentro da conjuntura da sociedade⁽²⁰⁻²¹⁾.

Desta forma, evidencia-se que determinados grupos da população estão mais susceptíveis a contrair a doença no município de Natal/RN, uma vez que a doença ocorre mais entre homens, em sua faixa etária economicamente ativa, ou seja, entre os adultos, e de ocupações menos rentáveis.

A evolução da doença ou situação de encerramento demonstrou percentual de cura pouco abaixo dos valores nacionais^(8,22). O Brasil possui percentual de cura em torno de 70%. A OMS afirma que as taxas de sucesso no tratamento, ou encerramento por cura, globalmente, têm apresentado níveis altos por vários anos. Para os casos de TB pulmonar com baciloscopia positiva, estas têm chegado a 87% e para todos os novos casos, a 85%, segundo dados de 2010⁽³⁾.

Quanto à forma da doença, prevaleceu a pulmonar em detrimento das formas extra-pulmonares e mistas. Este achado vai ao encontro dos resultados de estudos realizados sobre a TB e aos dados do MS^(2,14). O MS afirma que 90% dos casos de TB são da forma pulmonar, e que destes, 60% são bacilíferos, o que aponta para necessidade de descoberta precoce da doença, utilizando a busca ativa de casos, para que assim se possa interromper a cadeia de transmissão da doença⁽²⁾.

Dentre as doenças associadas a TB estavam presentes Aids, diabetes, alcoolismo e doença mental, constituindo agravamento ao quadro de saúde da pessoa acometida, podendo ocasionar maior mortalidade entre as pessoas acometidas^(1,8).

Diante da caracterização das pessoas acometidas pela TB, é notória a necessidade de melhoria no sistema de informação sobre a doença, visto que muitos campos de preenchimento das fichas de notificação/investigação não são informados, o que dificulta o real conhecimento de ocorrência da doença e dos determinantes ocupacionais da mesma. Esta situação também foi observada em outros estudos realizados^(19,23).

É importante destacar que os dados gerados pelo Sinan devem ser utilizados não apenas como parte de arsenal burocrático, mas como uma ferramenta de gestão em saúde para todos profissionais envolvidos direta ou indiretamente na assistência as pessoas com TB. Nesta perspectiva, os dados e as informações oriundas do sistema de informação podem contribuir

para monitoramento e avaliação das ações em saúde desenvolvidas pelos profissionais no controle da TB⁽²³⁾.

O sistema permite então diagnosticar quantitativamente a doença, o que pode contribuir para o planejamento das ações em saúde, uma vez que a elevada incidência e mortalidade da TB pode ser retrato das falhas dos sistemas de saúde, falhas essas advindas da maneira de prevenir e tratar a doença⁽²⁴⁾.

A caracterização das pessoas com TB aponta para a importância da atenção à saúde com enfoque no cuidado integral, social e cultural, além da assistência clínica e farmacológica, considerando as iniquidades sociais no complexo contexto que envolve a doença. Desta forma, diante do cenário que permeia a pessoa com TB, que envolve pobreza e desvantagem social, as intervenções em saúde devem ser as mais efetivas e pertinentes⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

Analisar os bancos de dados das doenças compulsórias é de extrema importância para a saúde pública local, uma vez que, em muitas situações, as informações nestes bancos ficam estagnadas devido à função técnica, burocrática e legal do repasse das informações para outros níveis de gestão em saúde.

O estudo possibilitou o diagnóstico epidemiológico da TB no município de Natal/RN, o que contribui para subsidiar políticas e formas de cuidados no campo da saúde coletiva voltadas para o segmento da população que mais é acometido por esta enfermidade. A discussão dos achados permitiu reconhecer a quem devem ser direcionadas as ações de controle da TB na realidade local, além de ter permitido seu confronto com as publicações recentes sobre a temática.

A incidência da doença foi alta, 68,9% em 2008, e 62,5% em 2010, respectivamente o maior e o menor indicadores do período estudado. A evolução da doença demonstrou percentual de cura pouco abaixo dos valores nacionais, 59,8%. A distribuição espacial evidenciou que

a doença ocorreu mais em bairros com condições econômicas e sociais menos favoráveis. As doenças associadas a TB estavam presentes, constituindo agravamento ao quadro de saúde da pessoa acometida. O estudo ainda demonstrou que determinados grupos da população estão mais susceptíveis a contrair a doença no município, o que condiz com a literatura, quando coloca que a doença ocorre mais entre homens, em sua faixa etária economicamente ativa, ou seja, entre adultos com ocupações menos rentáveis.

Além disto, houve reconhecimento das ocupações mais acometidas por TB na região, destacando os trabalhadores da construção civil (n=160) e do comércio (n=87). Dentre estas ocupações, encontram-se os profissionais da saúde (n=28) com TB, embora não tenha sido feita correlação ocupacional. Importante destacar o papel da enfermagem nos serviços de saúde, até mesmo por se a categoria mais acometida dentre os profissionais de saúde, no aspecto organizacional destes espaços e educacional para com todos envolvidos na atenção às pessoas com TB.

Para todos os trabalhadores acometidos pela TB, enfatiza-se então a importância e necessidade de parcerias entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego, para a prevenção e controle da doença nos ambientes de trabalho e promoção da saúde dos trabalhadores, principalmente os mais vulneráveis e acometidos.

Os achados evidenciam que a doença tem destaque no contexto social e econômico da região e que se apresenta como problema de saúde a ser enfrentado por profissionais de saúde, gestores e população.

No campo da saúde coletiva, existe a necessidade dos diversos atores sociais, envolvidos direta ou indiretamente com os serviços e equipamentos sociais e com a atenção a saúde, manterem ações intersetoriais de forma permanente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. World Health Organization. WHO Global tuberculosis report 2012. Geneva: WHO; 2012.
4. Antunes JLF, Waldman EA, Moraes M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2000; 5(2):367-79.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
6. IBGE. Censo demográfico 2010 [Internet] 2010 [citado 2012 nov 24]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Nota técnica nº 05 de 07 de outubro de 2011. Define critérios para a priorização de municípios no controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
8. Hino P, Cunha TN, Villa TCS, Santos CB. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(1):1295-1301.
9. Melo TEMP, Resendes APC, Souza-Santos R, Basta PC. Distribuição espacial e temporal da tuberculose em indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. Cad Saúde Pública. 2012; 28(2):267-80.

10. World Health Organization. WHO Global tuberculosis control 2004: epidemiology, strategy, financing. Geneva: WHO; 2009.
11. Prefeitura Municipal de Natal. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. Anuário Natal 2011-2012. Natal (RN): SEMURB; 2012.
12. Figueiredo TMRM, Pinto ML, Cardoso MAA, Silva VA. Desempenho no estabelecimento do vínculo nos serviços de atenção à tuberculose. *Rev Rene*. 2011; 12(n. esp.):1028-35.
13. Vieira MLG, Leitão GCM. Tuberculose: a realidade documentada do centro de saúde Flávio Marcílio, em Fortaleza-CE. *Rev Rene*. 2005; 6(3):71-7.
14. Bowkalowski C, Bertolozzi, MR. Vulnerabilidades em pacientes com Tuberculose no Distrito Sanitário de Santa Felicidade-Curitiba, PR. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(1):92-9.
15. Pinheiro PGOD, Sá LS, Palha PF, Souza FBA, Nogueira JA, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. *Rev Rene*. 2012; 13(3):572-81.
16. Silva VL, Leal MCC, Marino JG, Marques APO. Associação entre carência social e causas de morte entre idosos residentes no Município de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(5):1013-23.
17. Iriart JAB, Oliveira RP, Xavier SS, Costa AMS, Araújo GR, Santana VS. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):165-74.
18. Barboza CEG, Winter DH, Seiscento M, Santos UP, Terra FM. Tuberculose e silicose: epidemiologia, diagnóstico e quimioprofilaxia. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(11):959-66.
19. Prado TN, Galavote HS, Brioshi AP, Lacerda T, Fregona G, Detoni VV, et al. Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose entre os profissionais de saúde no Hospital Universitário em Vitória (ES) Brasil. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(8):607-13.
20. Mendoza-Ticona A. Tuberculosis como enfermedad ocupacional. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012; 29(2):232-6.
21. Moreira TR, Zandonade E, Maciel ELN. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(2):332-8.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Situação da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
23. Nogueira JA, Sá LD, França UM, Almeida SA, Lima DS, Figueiredo TMM, et al. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba - Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1):125-31.
24. Zachariah R, Harries AD, Srinath S, Ram S, Viney K, Singogo E, et al. Language in tuberculosis services: can we change to patient-centred terminology and stop the paradigm of blaming the patients?. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012; 16(6):714-7.
25. Oblitas FYM, Loncharich N, Salazar ME, David HMLD, Silva I, Velásquez D. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. *Rev Latino-am Enferm*. 2010; 18(1):130-8 .

Recebido: 16/01/2013
Aceito: 08/04/2013