

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MIRIAN VIEIRA FAUSTINO DE PAULA

**CASOS DE TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DO NOROESTE DO MATO
GROSSO**

**Juína-MT
2017**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA**

MIRIAN VIEIRA FAUSTINO DE PAULA

**CASOS DE TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DO NOROESTE DO MATO
GROSSO**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Profa. Me. Leila Jussara Berlet.

**Juína-MT
2017**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA**

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DE PAULA, Mirian Vieira Faustino. **Casos de tuberculose em um município do noroeste do Mato Grosso. Monografia** (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena, Juína-MT, 2017.

Data da defesa: 23/11/2017

Membros Componentes Da Banca Examinadora:

Presidente e Orientador: Profa. Me. Leila Jussara Berlet

FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA.

Membro Titular: Vinícius Antonio Hiroaki Sato

FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA.

Membro Titular: Victor Cauê Lopes

FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA.

Local: Associação Juinense de Ensino Superior

AJES – Instituto Superior de Educação do Vale do Juruena

AJES – Unidade Sede, Juína-MT

DECLARAÇÃO DE AUTOR

Eu, Mirian Vieira Faustino de Paula, portadora da Cédula de Identidade – RG nº 1514764-9 SSP/MT, e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF sob nº 003074701-56, DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou técnico-científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado Casos De Tuberculose Em Um Município Do Noroeste Do Mato Grosso, pode ser parcialmente utilizado, desde que se faça referência à fonte e ao autor.

Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e ao autor.

Juína, 23 de novembro de 2017

Mirian Vieira Faustino de Paula

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família por ter me incentivado a estudar e me ajudado nas horas mais difíceis da minha vida acadêmica, pela paciência, apoio, incentivo e compreensão que tiveram comigo nessa longa jornada.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela minha vida, por ter ajudado e sustentado até o presente momento.

Agradeço a minha querida mãe, *Maria H. V. Faustino* que tem me ajudado nas horas mais difíceis da minha vida, não tem medido esforços e sempre me apoiando, sempre a disposição para me ajudar e cuidar de meus filhos que com ela ficavam durante o período de estágios, agradeço a Deus todos os dias pela minha mãe, peço sempre a Deus que conceda muita saúde.

Especialmente ao meu pai *João Faustino*, que sempre tem se preocupado comigo nessa longa jornada, e tem me ajudado nas horas difíceis, mas infelizmente não poderá me ver concluir o curso, pelo menos fisicamente, pois Deus o recolheu dia 30 de agosto do ano 2015. Um momento muito difícil para nossa família, horas amargas têm passado, meu pai era o alicerce da casa no dia 30 tudo isso se desmoronou em nossas cabeças, pois aí veio o desânimo, a vontade de desistir, mas Deus me ajudou e me deu forças para vencer e hoje estou aqui na reta final, eu sempre pensava o que fazer diante de alguns problemas que era sempre ele que dizia como fazer ou agir diante de qualquer situação, aí penso como meu pai gostaria que isso fosse feito aí sim tomo minhas decisões. Meu pai um herói mora em meu coração.

Agradeço ao meu esposo *Álvaro F de Paula*, por sempre estar ao meu lado, pela compreensão companheirismo e me apoiando nestes momentos de realização do trabalho que foram muito importantes para mim e na parte financeira, passamos por muitas dificuldades nessa jornada, mas Deus foi meu socorro presente. Agradeço minha querida sogra, *Maria AP Dias de Paula* por ter colaborado comigo na formação, Deus abençoe.

Aos meus amados filhos *Nicolas e Miguel*, que tem sido compreensivos com a minha ausência durante esse período de faculdade, pois sei que um dia se Deus permitir eles vão ter suas recompensas. Sempre quis o melhor para meus filhos.

E não poderia deixar de fora a família *Faustino*, que sempre me apoiou e nas horas difíceis sempre me aconselhou que para colher bons frutos á dificuldades, pois agradeço de coração amo muito minha família. Em especial as minhas queridas irmãs, *Suzana Vieira Faustino e Nahiara Franciele Faustino* que têm colaborado comigo.

A todos os professores da AJES que através de suas experiências trouxeram conhecimento para a minha vida acadêmica e profissional. Em especial a professora *Leila*

Jussara Berlet, por ser minha orientadora e sempre acreditou na minha capacidade e me incentivou a buscar novos conhecimentos.

Agradeço a Deus por ter colocado pessoas maravilhosas em minha vida, amigas irmãs, *Regiane do Amaral Cordeiro, Regiane Aparecida Santana, Camila Hubner, Ingrid Karine, Selma Pereira Flores e Ricardo Machado de Oliveira*, pessoas que me apoiaram e sempre estiveram presentes nos momentos bons e ruins.

A todos muito obrigada.

RESUMO

A tuberculose é uma doença infecto contagiosa de curso crônico e de grande impacto epidemiológico, causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, chamado também por bacilo de Koch. Objetivou-se com esse estudo identificar a ocorrência dos casos de tuberculose no município de Juína/MT através de uma pesquisa documental realizada por meio da coleta de documentos na vigilância epidemiológica do município, que obtém os dados de notificação da doença. Observou-se que no período entre 2006 e 2016 foram notificados 186 casos de tuberculose no município de Juína, sendo o ano de 2008 notado com maior número de casos (16,12 %), seguido dos anos de 2006 (11,82%) e 2007 (11,29%) respectivamente. Sendo assim ao levar em consideração a dimensão da Tuberculose como patologia social visto que, a mesma interfere negativamente sobre a saúde da sociedade, é notável a importância de um maior envolvimento do profissional de enfermagem e de grupos científicos na implementação de medidas práticas e investigativas relevantes para o entendimento de fatores sociais do processo saúde-doença da tuberculose, buscando-a do cenário preocupante em que está inserida.

Palavras chave: Notificação de doenças; Tuberculose; Assistência de Enfermagem.

ABSTRAT

Tuberculosis is a contagious infectious disease of chronic course and of great epidemiological impact, caused by the bacillus *Mycobacterium tuberculosis*, also called Koch's bacillus. The objective of this study was to identify the occurrence of tuberculosis cases in the municipality of Juína / MT, through documentary research conducted through the collection of documents in the epidemiological surveillance of the municipality, which obtains the disease notification data. It was observed that in the period between 2006 and 2016, 186 cases of tuberculosis were reported in the city of Juína, with 2008 being the most reported (16.12%), followed by 2006 (11.82%), and 2007 (11.29%) respectively. Thus, taking into account the dimension of Tuberculosis as a social pathology since it negatively interferes with the health of society, the importance of a greater involvement of the nursing professional and scientific groups in the implementation of relevant practical and investigative measures to the understanding of social factors of the health-disease process of tuberculosis, looking for it from the worrying scenario in which it is inserted.

Keywords: Diseases Notification; Tuberculosis; Nursing Care

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- CASOS DE TUBERCULOSE NO BRASIL DE 2005 A 2014.....	19
FIGURA 2- OCORRÊNCIA DE CASOS DE TUBERCULOSE POR IDADE SEGUNDO ANO DA NOTIFICAÇÃO, 2006 A 2016.....	28
FIGURA 3- OCORRÊNCIA DE CASOS DE TUBERCULOSE POR SEXO E RAÇA ENTRE OS ANOS DE 2006 A 2016	29
FIGURA 4- OCORRÊNCIA DE CASOS DE TUBERCULOSE POR FORMA E TIPO NO PERÍODO DE 2006 A 2016.....	29
FIGURA 5- OCORRÊNCIA DE CASOS DE TUBERCULOSE POR LOCALIDADE SEGUNDO ANO DA NOTIFICAÇÃO NO PERÍODO DE 2006 A 2016	30
FIGURA 6- OCORRÊNCIA DE CASOS DE TUBERCULOSE POR LOCALIDADE URBANA SEGUNDO ANO DA NOTIFICAÇÃO NO PERÍODO DE 2006 A 2016	30
FIGURA 7- OCORRÊNCIA DE CASOS DE TUBERCULOSE POR LOCALIDADE RURAL SEGUNDO ANO DA NOTIFICAÇÃO NO PERÍODO DE 2006 A 2016.....	31
FIGURA 8- OCORRÊNCIA DE CASOS DE TUBERCULOSE EM LOCALIDADE INDÍGENA SEGUNDO ANO DA NOTIFICAÇÃO NO PERÍODO DE 2006 A 2016.....	31

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- ESQUEMAS DE TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE	23
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BCG	Bacillus Calmette-Guérin
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
RHZ	Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único De Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistemas de Informações de Agravos de Notificações
SITE-TB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
SUS	Sistema Único de Saúde
TabNet	Tabulador da Internet
TB	Tuberculose
TS	Tratamento Supervisionado

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 OBJETIVOS	15
1.1 OBJETIVO GERAL	15
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 A HISTÓRIA DA TUBERCULOSE	16
2.2 A DOENÇA.....	17
2.3 TUBERCULOSE FRENTE À ENFERMAGEM	20
3 MATERIAL E MÉTODO	26
3.1 TIPOS DE ESTUDO	26
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	26
3.3 UNIVERSO DE ESTUDO E AMOSTRA.....	26
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
3.5 COLETAS DE DADOS	27
3.6 TRATAMENTO E TABULAÇÃO DOS DADOS.....	27
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	27
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
4 RESULTADOS	28
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS	28
5 DISCUSSÃO	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS	36

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecto contagiosa de curso crônico e de grande impacto epidemiológico, causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, chamado também por bacilo de Koch. Apesar de ser uma doença presente na humanidade há vários séculos, até nos dias de hoje ainda é de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a mesma é uma doença grave e transmissível quando o acometido não está em tratamento, porém se diagnosticada precocemente não causará muitos danos para o afetado, sendo ela uma doença curável (ALVES et. al.; 2016).

O diagnóstico precoce é um fator muito importante uma vez que o mesmo possibilita o começo de tratamento que conseqüentemente interrompe a cadeia de transmissão da doença, considerando-se um grande passo para controlar os índices de novos casos. A forma mais comum de realizar o diagnóstico é por meio de exame laboratorial do escarro fazendo assim a microscopia e cultura da secreção pulmonar ou também pode ser realizado por meio de diagnóstico clínico com base nos sintomas apresentados e radiografia de tórax (VALENÇA et. al.; 2016).

Na atenção a tuberculose a enfermagem tem um papel primordial, uma vez que a mesma está responsável por atividades gerenciais, administrativas e assistenciais a promoção e agravos de saúde, sendo as enfermeiras responsáveis pelos meios que se utiliza para detectar, notificar, controlar e por fim acompanhar o tratamento até a cura da doença junto a equipe multiprofissional, tornando-se necessário o preparo deste profissional para posteriormente o mesmo saber articular estratégias eficazes para o controle e combate da doença (ALMEIDA et. al.; 2016).

A contribuição da enfermagem é essencial para que o paciente consiga alcançar nível e qualidade de vida adequados, pois tem papel fundamental nos programas de controle, principalmente na atenção básica a saúde, que é onde o enfermeiro tem alcance à comunidade podendo assim ter visão maior do tratamento de seus pacientes acometidos com TB (RIBEIRO, SILVA, 2013).

São as enfermeiras quem irão realizar a avaliação da aptidão do paciente para continuar a terapia, informar a família e cliente a respeito de métodos de controle da infecção e também averiguar se o paciente conseguiu aderir ao tratamento medicamentoso, pois se o mesmo não realizar o esquema corretamente poderá desenvolver resistência ao bacilo, tornando assim a recuperação mais prolongada, dolorosa e difícil (BEZERRA et al., 2014).

Neste sentido, sabe-se que, para a enfermagem, a valorização e promoção da participação da comunidade em planos de controle da qualidade de vida e atenção da saúde, é importante para que se inicie o controle de TB, pois é através desses programas que o profissional conseguirá transmitir informações a respeito da patologia à seus pacientes, visto que, a informação é instrumento fundamental para habilitar o usuário, com o intuito de que o mesmo participe ativamente no controle da doença diariamente (OBLITAS et al. 2010).

Com base nos dados epidemiológicos do Brasil a Tuberculose é a 3º causa de morte por doenças infecciosas. São realizadas cerca de 70.000 notificações anualmente que resulta em 4,5 mil óbitos pela doença. Em 2015, sua incidência era 33,6 casos/100 mil habitantes. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2016 a 2020 foram declarados 30 países que compõe 87% de pessoas com tuberculose no mundo estando o Brasil em 20º posição desta lista (BRASIL, 2014).

Para obtermos epidemiologia da doença é necessário realização de notificações pelos serviços de saúde, sendo essas notificadas após a confirmação da doença em Sistemas de Informações de Agravos de Notificações (SINAN), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB). Esses sistemas são de grande importância para obtermos a proporção real dos casos para posteriormente serem criadas estratégias para diminuir a problemática (BRASIL, 2014).

Como graduanda em enfermagem fui conquistada pela temática por se tratar de uma doença milenar, que apesar dos avanços tecnológicos a mesma ainda é de grande impacto epidemiológico e um problema de saúde pública. Diante desta realidade entendo que seja de suma importância compreender os fatores que envolvem a doença, trazendo crescimento profissional acerca da mesma e assim poder divulgar na comunidade científica os dados epidemiológicos do município do estudo e propor estratégias para diminuir os índices da tuberculose no local. Assim, proponho, neste estudo, identificar a ocorrência dos casos de tuberculose no município de Juína/MT.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar a ocorrência dos casos de tuberculose no município de Juína/MT.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos acometidos pela tuberculose no município de Juína/MT a partir de dados da Vigilância epidemiológica;
- Verificar os locais com maior ocorrência de tuberculose no município de Juína/MT;
- Conhecer os principais tipos de tuberculose que acometem a população no município de Juína/MT.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A HISTÓRIA DA TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença de grande marco histórico. Cerca 5.000 anos antes de Cristo foi vista por estudos em lesões ósseas de múmias egípcias. Na idade média esta doença era conhecida como mal dos reis, pois acreditavam que os reis da Inglaterra e da França que tinham tuberculose nos linfonodos cervicais obtinham poderes sobrenaturais de cura com um simples toque (ROSEMBERG, 1999).

Já no século XVIII provocou marcantes criatividades humanas, pois artistas e intelectuais ligavam a doença a um tipo de romantismo, influenciando naquela época muitas obras de artes, músicas, literaturas e poemas (ROSEMBERG, 1999).

Após houve uma marcante epidemia de tuberculose na Inglaterra se estendendo para Europa no século 18 e 19 ficando conhecida como “peste branca”. A doença se espalhou rapidamente devido a revolução industrial que trouxe consigo a grande aglomeração de pessoas em centros urbanos vivendo em condições precárias e consequentemente contraíam e disseminavam a doença. Também houve grande epidemia em outros países na primeira guerra mundial e assim ocorreu uma cadeia de transmissão da doença entre homens civis, levando o bacilo a nativos. No Brasil em meados de 1555 a doença chegou com os jesuítas e colonos que catequisavam os índios os contaminando, os mesmos não tinham muitas defesas imunitárias ocorrendo assim óbitos em massa desses nativos, também foram acometidos os escravos que chegavam com a saúde debilitada devido as viagens desumanas para o Brasil (ROSEMBERG, 1999).

A primeira forma de tratamento adotada para a doença foi à criação de sanatórios no século XIX isolando os acometidos pela doença. Eles enfatizavam uma alimentação balanceada, descanso e terapia do ar fresco, colocavam os pacientes fora do ambiente fechado para respirarem ar fresco. Os mesmos não tinham contato com outras pessoas quando internadas nestes sanatórios e os familiares dos acometidos eram visitados por agentes de saúde para averiguação do contágio da doença, nesta época também começaram a realizar procedimentos que causavam pneumotórax nos pacientes, injetavam ar na cavidade pleural, pois acreditavam que isso iria curar a doença (GONÇALVES, 2000).

Em 24 de março de 1882 houve um grande avanço científico acerca da doença por Robert Koch, ele descreveu o bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, conhecido também como bacilo de Koch causador da tuberculose. Após a descoberta de Robert a doença foi vinculada

a vida precária de muitas pessoas da sociedade e desigualdades sociais, deixando de ser uma doença romantizada. A partir desta grande descoberta, a saúde pública e cientistas começaram realizar estratégias contra a tuberculose, começando com a criação da vacina BCG em 1921 por Albet Calmette e Camille Guérin, esta vacina previne os tipos graves de tuberculose e é utilizada até nos dias de hoje, após em 1952 foi criado o primeiro antibiótico contra a doença a estreptomicina pelo bioquímico Selman Abraham Waksman, a partir dessas descobertas a ciência foi avançada e criando formas de tratamentos mais eficazes, instituindo assim na década de 60 o tratamento com 3 antibióticos Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z) antibióticos que são usados até nos dias de hoje no tratamento (BIOLCHI, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde a OMS estabeleceu metas desafiadoras para os países em sua estratégia pós-2015, definindo como visão de futuro “Um mundo livre da tuberculose: zero mortes, adoecimento e sofrimento causados pela doença” (BRASIL, 2015, p. 1).

A tentativa de controle desta doença não para. Desde 1994 o Ministério da Saúde ainda vem tentando combater a doença através de planos de ações para controle e erradicação da mesma. A tuberculose foi colocada como prioridade de saúde pública no programa Pacto pela vida em 2006 com objetivo de atingir metas delineadas de acordo com as realidades epidemiológicas, e ações pactuadas entre municípios, ainda foi criado o Programa Nacional de Controle da Tuberculose como fortalecimento das ações (BIOLCHI, 2012).

2.2 A DOENÇA

O bacilo *Mycobacterium tuberculosis* é transmitido por via aerossóis, um indivíduo bacilífero (pessoa infectada com bacilo da tuberculose) no ato de tossir, falar ou espirrar expulsa gotículas com os bacilos. As gotículas maiores se espalham no ambiente, dificilmente essas vão conseguir passar pelas barreiras mecânicas das vias aéreas superiores de outros indivíduos se elas portarem até 5µm. Somente as partículas menores conseguem atravessar, mas como elas se espalham no ambiente, também se depositam e vão ressecando e se formando em núcleos de Wells, que são partículas menores, que posteriormente são suspensas com vários bacilos em seu interior podendo então ser inspiradas por outros indivíduos e chegarem aos alvéolos pulmonares do mesmo. O sistema imunitário responde a este processo através de células de defesas, especificamente os macrófagos alveolares, estes tentaram interromper a infecção do bacilo por meio de fagocitose. O bacilo é intracelular facultativo e mesmo dentro do macrófago alguns são destruídos e outros continuam se reproduzindo,

ocorrendo então o processo de quimiotaxia. Os macrófagos possuem um sistema de memória que registram esses antígenos (os bacilos), e apresentam o mesmo aos linfócitos TCD4 que irão liberar ocitocinas chamando outras células de defesas que diferenciam os macrófagos os ativando e diferencia-los em células epitelióides que formarão estruturas chamadas granulomas, interrompendo a infecção através da calcificação, processo denominado de forma latente da doença (PEREIRA, 2012).

A instalação da doença dependerá principalmente do sistema imunológico do indivíduo e do ambiente em que ocorre o processo. No caso de ambientes fechados haverá maior probabilidade e virulência do transmissor. Estima-se que em torno de 5 a 10% das pessoas adoecem após o contato com o bacilo, no entanto se o sistema imune do indivíduo estiver debilitado em vez de ocorrer calcificação do granuloma ocorre uma estrutura dinâmica que é renovada constantemente por outras células, fazendo com que os bacilos contidos se proliferem e se espalhem novamente, formando em linfonodos hilares um complexo primário, instalando a infecção pulmonar ou também podem se disseminar por via hematogênica. Se a infecção não for interrompida pelo sistema imune ocorre a infecção extra pulmonar ou miliar. Ainda destaca-se que o período de incubação da doença de 50% desses indivíduos é durante os dois primeiros anos de contato com a doença e os outros ao longo da vida (BIOLCHI, 2012).

A tuberculose pulmonar pode se apresentar na forma primária, pós-primária e miliar. Pulmonar primária se manifesta na maioria dos casos de forma insidiosa apresentando sudorese noturna, febre baixa, inapetência e agitação acometendo em sua maioria na infância. A pós primária acomete na adolescência e fase adulta e se manifesta com tosse seca ou produtiva com expectoração mucoide ou purulenta podendo apresentar sangue, sudorese noturna, febre vespertina, anorexia e a ausculta pulmonar apresenta diminuição dos murmúrios vesiculares. Miliar ocorre na infância e em adultos jovens e é comum em pacientes imunossuprimidos, seus sintomas são agudos, com tosse, astenia, emagrecimento, febre, em alguns casos apresenta alterações do sistema nervoso central, epiteliais eritemato-máculo-papulo-vesiculosas e hepatomegalia (BRASIL, 2011).

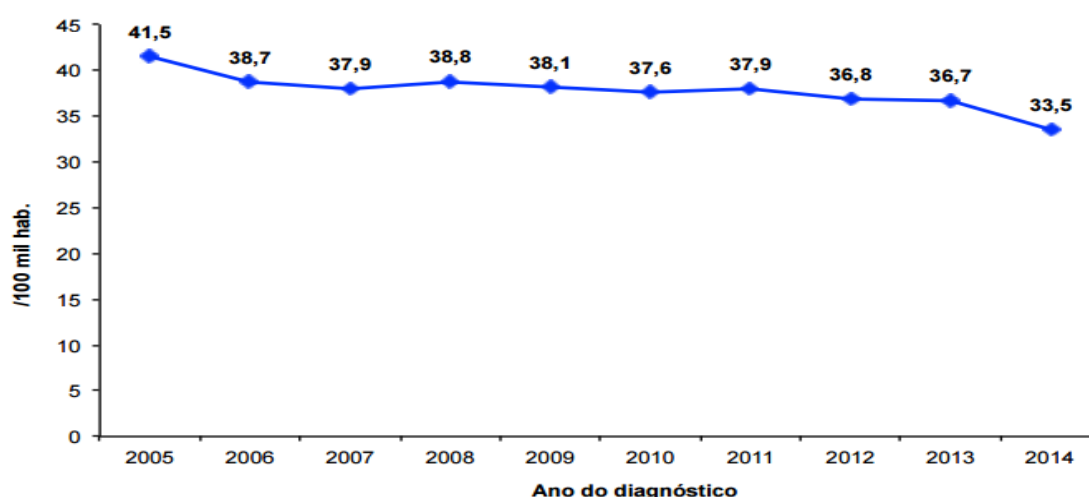
A extrapulmonar terá suas características de acordo com o órgão que afetará, as mais descritas é a pleural, pleural tuberculoso, ganglionar periférica, meningoencefálica, pericárdica e óssea.

Pleural acomete, em sua maioria, jovens e seus sintomas são febre, anorexia, emagrecimento, tosse seca, dor torácica pleurítica e dispneia em casos de maior tempo da doença. A ganglionar periférica é comum em pacientes soropositivos e crianças,

normalmente, atingem pessoas com menos de 40 anos, acomete os linfonodos cervicais anteriores e posteriores e supraclavicular causando aumento desses com aspecto amolecido ou endurecido podendo apresentar inflamação da epiderme adjacente, fistulização e flutuação espontânea. A meningoencefálica Pode evoluir de forma subaguda e crônica, se subaguda apresenta sintomas de: cefaleia holocraniana, rigidez de nuca, vômitos, fotofobia, anorexia, sonolência, algia abdominal associado à febre, alteração de comportamento e irritabilidade, quando crônica progride por várias semanas com cefaleia e pode acometer qualquer idade. A pericárdica é subaguda apresentando sintomas de dispneia, ascite, algia de hipocôndrio direito, edema de membros inferiores, vertigem, emagrecimento, febre e astenia. A óssea pode ocorrer entre a quarta ou quinta década de vida ou em crianças, geralmente atinge ossos da coluna (50% dos casos) e articulações coxofemoral e do joelho. A que atinge a coluna é conhecida como mal de Pott, desencadeia sintomas de sudorese noturna, dor a apalpação e tríade lombar (BRASIL, 2011).

A tuberculose é uma doença milenar, mas apesar dos avanços tecnológicos ela ainda se mantém presente na sociedade, com base em dados epidemiológicos do SINAN de 2005 a 2014 (GRÁFICO 01), ela vem diminuindo sua incidência no Brasil com o passar dos anos, estima-se que a uma redução de 2,3% ao ano da doença (BRASIL, 2015).

Figura 1- Casos de Tuberculose no Brasil de 2005 a 2014



Fonte: BRASIL, 2015.

Ainda destacamos que esta doença é um desafio para o Brasil, pois o país necessita de grandes intervenções políticas, sociais e conhecimento profissional dos que estão trabalhando na área da saúde, para assim cumprir metas e atingir objetivos dos programas propostos contra a tuberculose (PILLER, 2012).

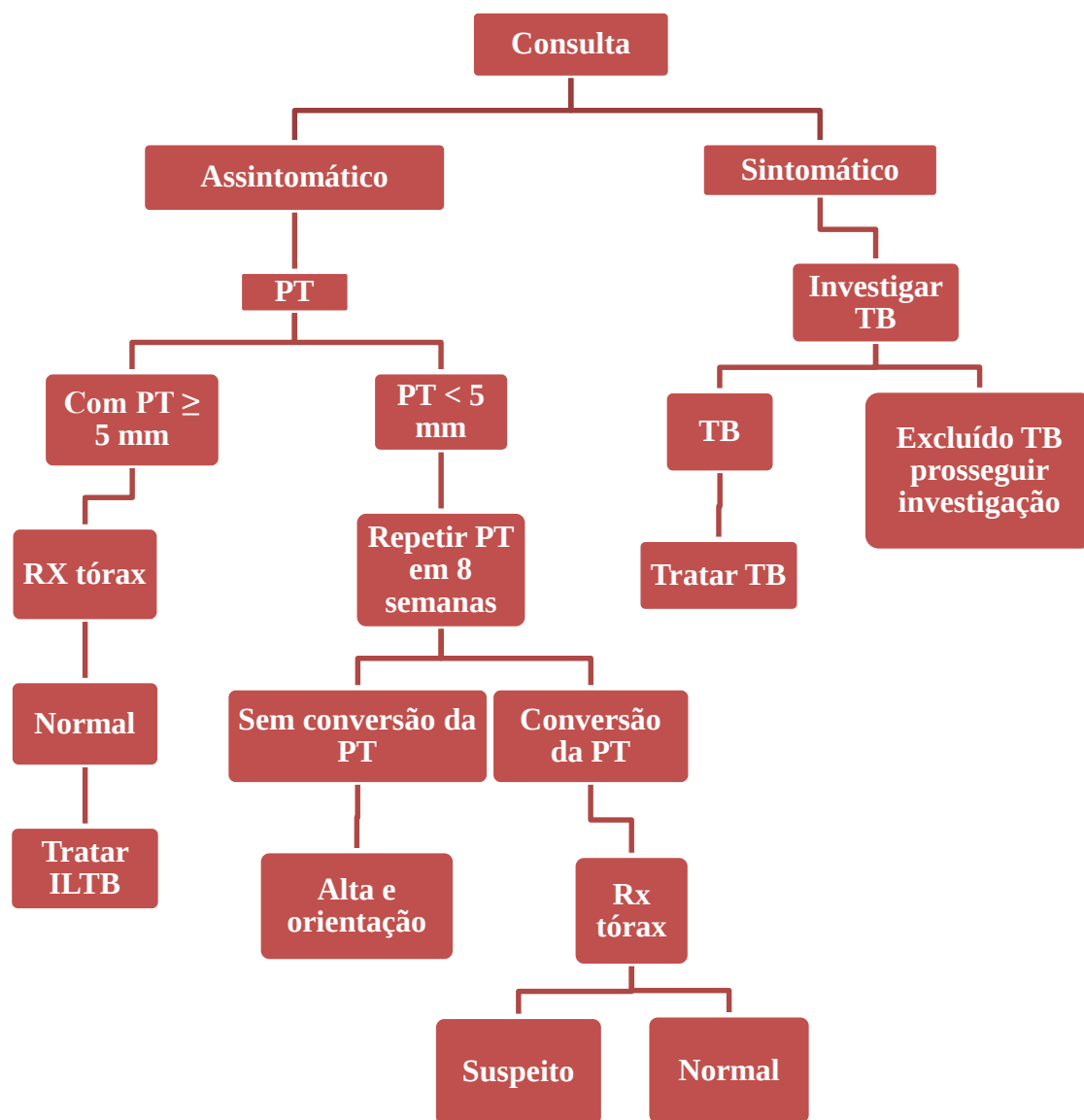
2.3 TUBERCULOSE FRENTE À ENFERMAGEM

Sabemos que as ações da enfermagem são uma grande ferramenta para diminuição dos índices de tuberculose, isso quando temos profissionais desta área preparados e com conhecimentos necessários para elaborar estratégias de acordo com a realidade epidemiológica de sua área e fatores culturais dos vulneráveis. Porém para essa conquista também dependemos de avanços políticos e sociais, pois esta doença está estreitamente ligada com a pobreza e desigualdades sociais (BRUNELLO, 2009).

Para isso, as atividades desenvolvidas precisam estar relacionadas a abordagens que visam à redução do estigma que ainda existe em torno da doença e à melhoria das estratégias para adesão ao tratamento, não perdendo de vista a necessidade de articulação com outras áreas, inclusive fora do setor da saúde (BRASIL, 2015, p. 1.)

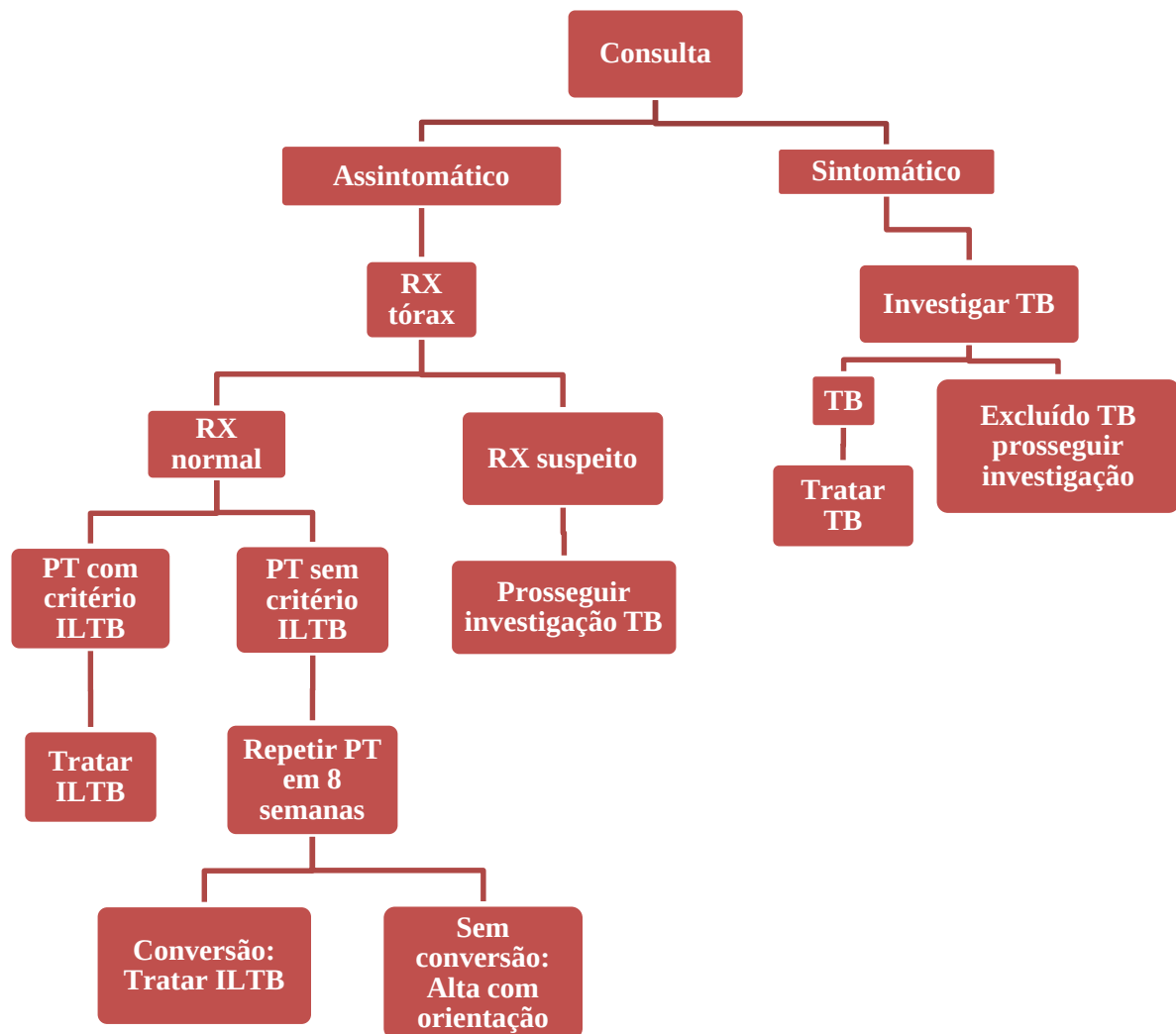
Destacamos que o diagnóstico precoce da doença é muito importante, pois o diagnóstico possibilita o início do tratamento interrompendo a cadeia de transmissão da mesma, que conseqüentemente diminui os índices da doença. Segundo o manual do Ministério da Saúde (2011) o protocolo de enfermagem para o diagnóstico da tuberculose é necessário uma investigação (Fluxograma 01) e (Fluxograma 02).

Fluxograma 01 – Investigação de tuberculose em maiores de 10 anos e adultos.



Fonte: BRASIL, 2011.

Fluxograma 02 – Investigação de tuberculose em crianças menores de 10 anos



Fonte: BRASIL, 2011.

A tuberculose é uma doença curável através do correto tratamento com fármacos que são disponíveis no Brasil gratuitamente. Os fármacos utilizados e padronizados no Brasil são: Acído Paraminosalicílico (PAS), Clofazimine (CLF), Terizidona (TZ), Ofloxacino (OFX), Morfazinamida (M), Kanamicina (K), Tiossemicarbasona (T), Capreomicina (CM),

Cicloserina (CS), Etinamida (Et), Estreptomicina (S), Etambutol (E), Pirazinamida (Z), Isoniazida (I) e Rifampicina (R), o tratamento segue através de esquemas medicamentosos padronizados e são prescritos de acordo com o tipo de curso da doença e das resistências do *Mycobacterium tuberculosis* (CAMPOS, 2007).

O esquema farmacológico para tuberculose terá sua dosagem diária de acordo com o peso do indivíduo, também é realizado em duas fases, sendo essas a intensiva e de manutenção, o esquema básico para adultos e adolescentes na fase intensiva é a combinação dos fármacos R 150 mg, H 75 mg, Z 400 mg, E 275 mg, com duração de 2 meses, na fase de manutenção é utilizado R 300 mg, H 200 mg por 4 meses, para crianças na fase intensiva é prescrito o RHZ, e de manutenção é utilizado RH, nos casos de tuberculose meningoencefálica é o mesmo esquema, porém a fase de manutenção é maior durando 7 meses de tratamento (BRASIL, 2011).

Tabela 1- Esquemas de tratamento para tuberculose

Situação	Esquema indicado	Local de realização
Caso Novo	Esquema básico	Atenção Básica
Com tratamento anterior: Recidiva após cura – RC Retorno após abandono – RA	Esquema básico até o resultado da cultura e TS	Atenção Básica ↓ Referência terciária (dependendo do resultado do TS)
Tratamentos especiais: hepatopatias, efeitos colaterais maiores, HIV/aids, uso de imunossupressores	Esquemas especiais	Referência secundária
Tuberculose meningoencefálica	Esquema para meningoencefalite	Hospitais inicialmente
Falência por multirresistência, mono e polirresistência ao tratamento antiTB	Esquemas especiais para mono/poli e multirresistência	Referência terciária

Fonte: Brasil, 2011.

Ainda é importante enfatizar que durante este tratamento, o profissional de saúde terá que o supervisionar, sendo chamada esta estratégia de tratamento diretamente observado. Segundo o Ministério da Saúde tem que ser acompanhadas diretamente pelo menos 24 doses na fase intensiva, e 48 tomadas na fase de manutenção (BRASIL, 2008).

O tratamento diretamente supervisionado visa garantir o tratamento correto, a oferta de orientações, interromper a cadeia de transmissão da doença, diminuir a mortalidade, taxas de abandono e a incidência de bacilos multirresistentes, proporcionando assim melhor qualidade de vida a esses acometidos (OBLITAS et. al.; 2010).

Dentre os obstáculos encontrados a pobreza é um fator determinante ou agravante para o adoecimento por Tuberculose, pois, as baixas condições socioeconômicas, situações de moradia onde há grande acúmulo de pessoas, tendem a acarretar o aumento na transmissão do bacilo, resultando no aumento da prevalência da infecção. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde interfere, sobremaneira, na incidência da doença, agravada pela demora de diagnóstico e tratamento, prolongando o período de transmissibilidade dos acometidos e aumentando o risco de infecção entre os contactantes (SOBRINHO et al., 2014).

Levando em consideração a dimensão da TB como patologia social visto que, a mesma interfere negativamente sobre a saúde coletiva, é notável a importância de um maior envolvimento do profissional de enfermagem e de grupos científicos na implementação de medidas práticas e investigativas relevantes para o entendimento de fatores sociais do processo saúde-doença da tuberculose, buscando a do cenário preocupante em que está inserida (VALLE, SANTOS e DE ANDRADE, 2013).

O enfermeiro é fundamental para consolidação da prevenção de infecções na atenção primária, tendo em vista suas competências elencadas. A relação entre o ensino de enfermagem e a realidade assistencial consolida a necessidade de contemplação das competências do enfermeiro na prática da atenção primária para prevenção de infecções nos currículos atuais (VALLE, SANTOS e DE ANDRADE, 2013).

Para que haja sucesso na implantação de ações de controle da tuberculose é necessário capacitação para que o profissional consiga fazer o diagnóstico e tratamento precoce da doença, e assim esteja apto a prestar a assistência necessária ao paciente durante o processo terapêutico. É fundamental a interação entre paciente e enfermeiro para assegurar uma assistência integral e resolutiva (NOGUEIRA et al., 2011).

Um dos grandes motivos da não adesão ou abandono do tratamento da TB é que comumente o profissional enxerga apenas o conjunto biológico e funcional, pensando na regressão dos sintomas, cura da doença, direcionando a consulta de enfermagem aos medicamentos e efeitos colaterais do tratamento, fazendo com que o paciente não se sinta acolhido por aquele que é o responsável por cuidar da sua saúde. Quando o enfermeiro é capaz de ver o portador de TB em seu aspecto biopsicossocial, cria um vínculo com o paciente, é notável que este desenvolve confiança no sistema de saúde e se sente seguro para prosseguir com a terapêutica (RÊGO et al., 2014).

Ao se falar em assistência humanizada aos acometidos por tuberculose o enfermeiro deve ter um preparo diferenciado, para poder prestar cuidado adequado às necessidades

biopsicossociais dos pacientes, opondo-se ao comportamento curativo que está fortemente presente na prática (RÊGO et al., 2014).

Pôr a enfermagem estar à frente de vários programas de saúde pública, o enfermeiro forma fortes vínculos com os pacientes, despertando, assim, uma ligação onde há acolhimento, possibilitando que o paciente confie e se sinta seguro para ter um diálogo, pois sabe que será ouvido, isso faz com que o mesmo procure mais vezes o serviço de saúde, incentivando a adesão à terapêutica de forma responsável e transferindo autonomia ao cliente.

Quando a enfermeira passa a acompanhar o cliente em tratamento as possibilidades de cura aumentam, pois este é capacitado para conhecer a ação do medicamento no organismo, administra-lo no horário e dose corretos, assegurando que o efeito do tratamento ocorra no tempo necessário, além disso, caso haja algum efeito adverso o enfermeiro é apto para distinguir e conduzir o paciente ao médico para ações imediatas (SANTOS et al., 2007).

As ações de enfermagem perante aos agravos de saúde são realizadas por meio de dados epidemiológicos, somente por meio desses dados as enfermeiras poderão ter uma noção real do agravo e fatores que o envolvem, podendo assim, articular por meio de políticas públicas estratégias para promoção em saúde, envolvendo equipes multiprofissionais. O enfermeiro bem capacitado poderá desenvolver abordagens integrais e decisivas sobre a problemática, combatendo determinado agravo a saúde por meio do estabelecimento com redes de apoio integradas para educação em saúde e continuada, envolvendo também fatores sociais, políticos e técnicos (OBLITAS et. al.; 2010).

Portanto, o profissional de enfermagem é fundamental na condução das estratégias de saúde pública, principalmente nas que se referem ao controle da TB, pois é ele quem afirma o tratamento supervisionado (TS), o que impede que o paciente faça a terapêutica de forma irregular que acarrete a recusa ao tratamento, a recidiva da doença ou até a morte do paciente por falta de terapêutica adequada.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 TIPOS DE ESTUDO

Trata-se de um estudo documental realizado por meio da coleta de dados em documentos da vigilância epidemiológica do município, que obtém os dados de notificação da doença.

A pesquisa documental é realizada a partir da coleta de dados em cima de documentos, sejam esses na ocasião em que ocorre determinada ocorrência ou posteriormente (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Os tipos de estudo foram escolhidos com base nos objetivos da pesquisa, para assim possibilitar respondê-los e facilitar a apresentação e interpretação dos dados obtidos.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada na Vigilância Epidemiológica de Juína-MT, através de dados obtidos em notificações da doença.

3.3 UNIVERSO DE ESTUDO E AMOSTRA

O universo do estudo se constituiu a partir dos documentos que estavam contidos as informações das notificações. A amostra foram os casos notificados entre o ano de 2006 a 2016.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo as informações que definem o perfil dos afetados (as) como o sexo, idade, ocupação e raça, e os locais de maior incidência dentro do município, que estejam notificadas entre o ano 2006 a 2016. Não foram incluídos os dados que não obtiverem clareza na notificação.

3.5 COLETAS DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de agosto de 2017 na vigilância epidemiológica do município, após a autorização do termo de consentimento municipal (Apêndice 1) e do termo de consentimento institucional (Apêndice 2).

3.6 TRATAMENTO E TABULAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram tratados e tabulados em programa Windows Excel em agosto e setembro de 2017. O tratamento dos dados foi efetuado de acordo com os objetivos da pesquisa, critérios de inclusão e de exclusão e posteriormente foram expostos em forma de gráficos e tabelas para facilitar a apresentação dos resultados obtidos.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram lidos, analisados e posteriormente descritos e expostos em formas de tabelas facilitando a apresentação dos resultados obtidos.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Não foi necessária a submissão da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de uma pesquisa documental e os dados estarem disponíveis no TabNet.

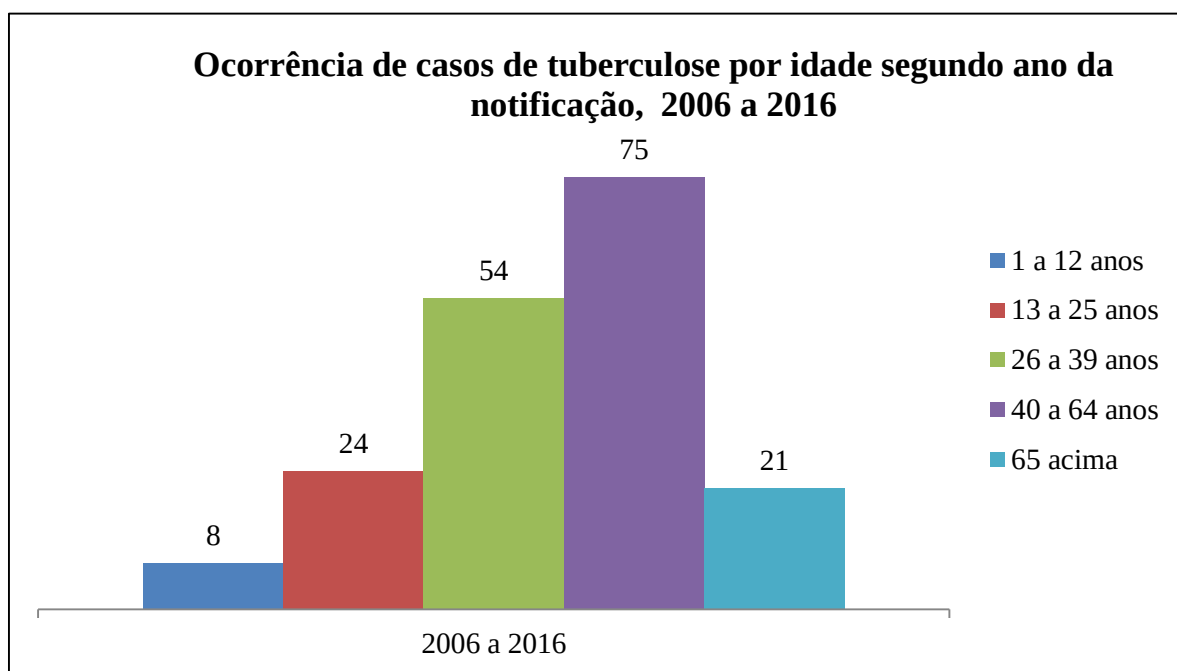
4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS

A sistematização dos dados coletados se deu através de tabelas onde foram contemplados os itens: idade; sexo; raça; bairro e forma segundo o ano da notificação.

No período entre 2006 e 2016 foram notificados N=186 casos de tuberculose no município de Juína, sendo o ano de 2008 notado com maior número de casos com 16,12% (n=29), seguido dos anos de 2006 com 11,82% (n=26) e 2007 com 11,29% (n=22).

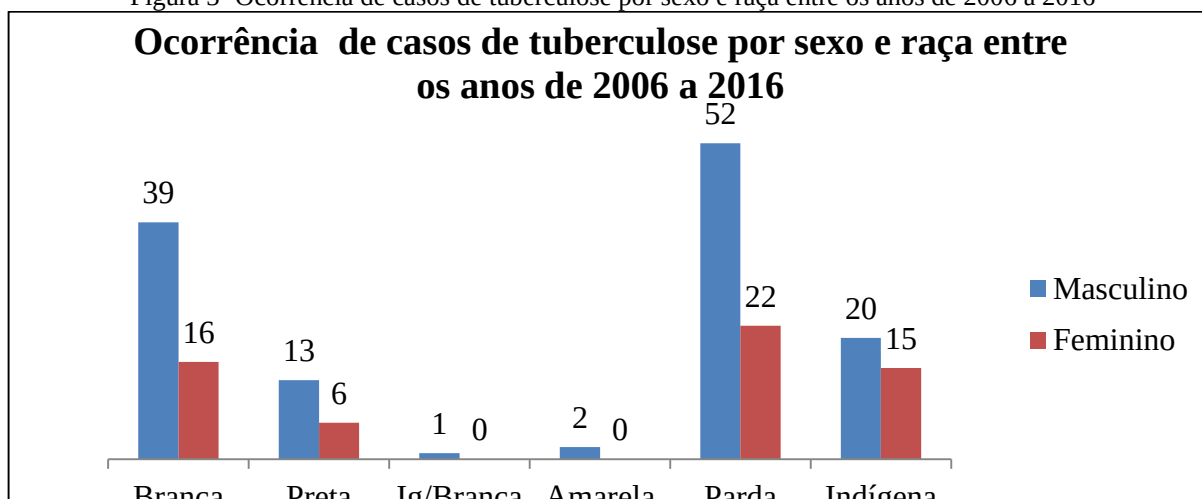
Figura 2- Ocorrência de casos de tuberculose por idade segundo ano da notificação, 2006 a 2016



Fonte: A autora, 2017.

Quanto à idade dos acometidos pela TB nota-se que 40,32% (n=75) deles possuíam idade entre 40 a 64 anos, 29,04% (n=54) entre 26 a 39 anos, 12,9% (n=24) entre 13 a 25 anos, 11,29% (n=21) acima de 65 anos e 6,45% (n=8) de 1 a 12 anos no momento da notificação.

Figura 3- Ocorrência de casos de tuberculose por sexo e raça entre os anos de 2006 a 2016

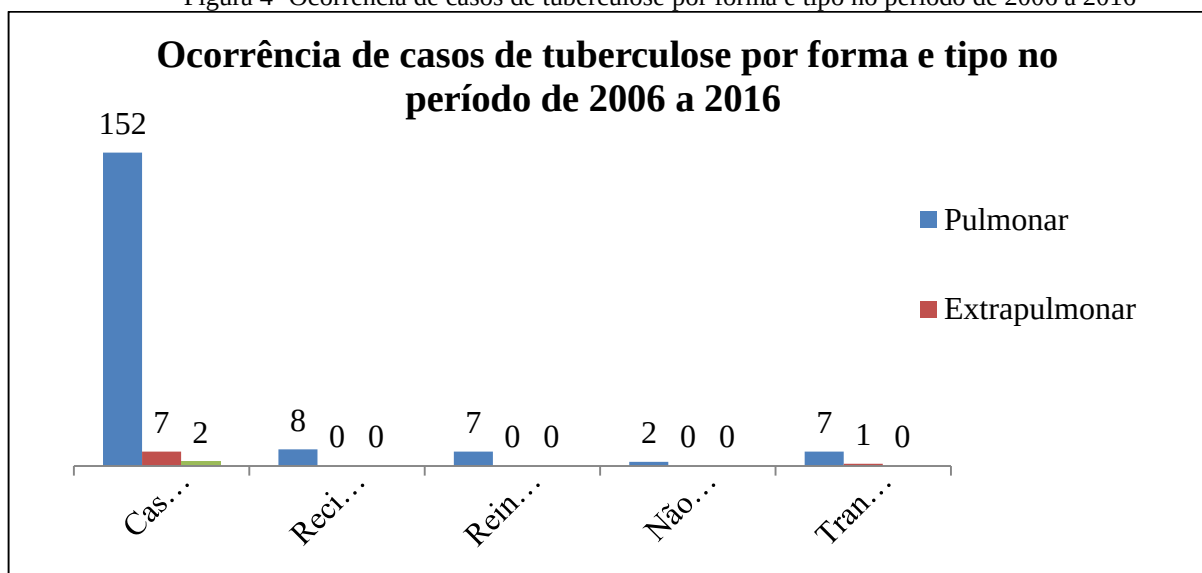


Fonte: A autora, 2017

O maior número de casos no período entre 2006 a 2016 ocorreram no sexo masculino 68,28% (n=127), sendo assim, 31,72% no sexo feminino (n=59).

Ao analisar a raça descrita nas notificações de tuberculose, nota-se que 39,78% eram pardos (n=74), 29,56% brancos (n=55), 18,82% indígenas (n=35), 10,22% pretos (n=19), 1,08% amarelos (n=2) e 0,54 ign/branco (n=1).

Figura 4- Ocorrência de casos de tuberculose por forma e tipo no período de 2006 a 2016

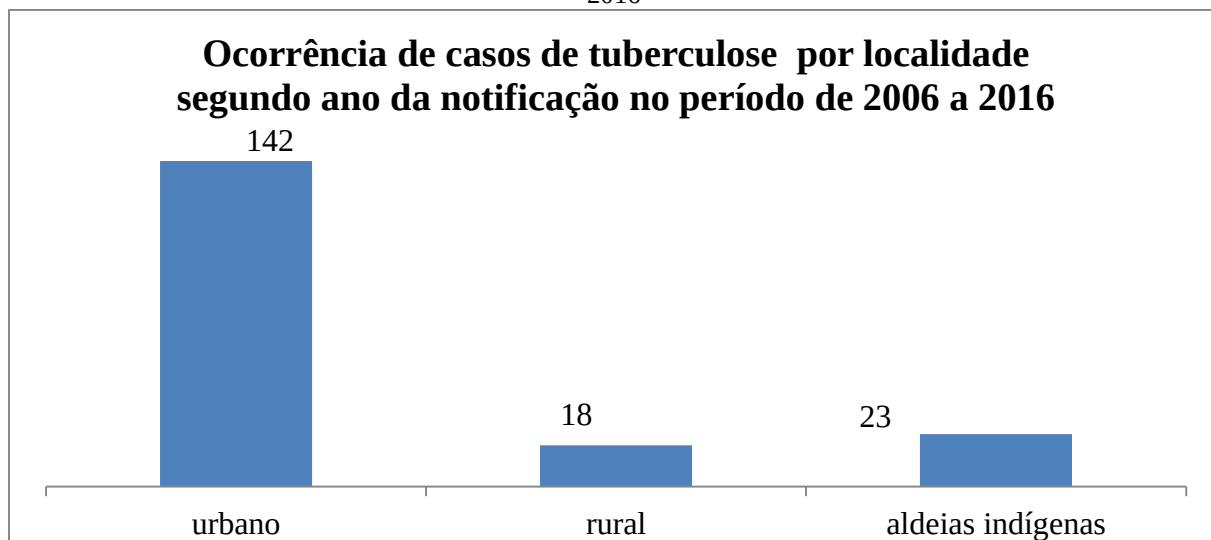


Fonte: A autora, 2017.

Segundo a forma da tuberculose a pulmonar se sobressai com 94,62% (n=176), seguida da extrapulmonar com 4,30% (n=8) e da pulmonar+extrapulmonar com 1,08% (n=2). Dessas 86,56% deram entrada como casos novos (n=161), 4,30% como recidiva (n=8), 3,76%

reingressaram após abandono do tratamento (n=7), 1,08% não sabiam do tratamento (n=2) e 4,30% foram transferidos para continuação de acompanhamento em na unidade (n=8).

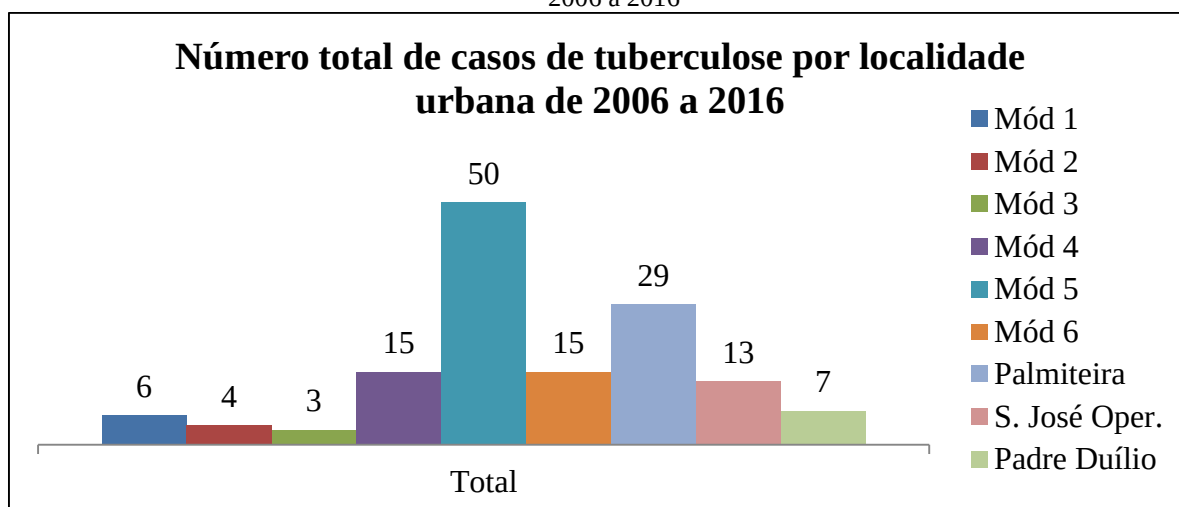
Figura 5- Ocorrência de casos de tuberculose por localidade segundo ano da notificação no período de 2006 a 2016



Fonte: A autora, 2017

Levando em consideração o bairro onde moravam os acometidos pela patologia nota-se que 77,6% eram da zona urbana (n=142), 9,8% zona rural (n=18) e 12,6% em aldeias indígenas (n=23). Nos gráficos abaixo se pode ver a disposição das localidades na área urbana, rural e indígena do município em questão.

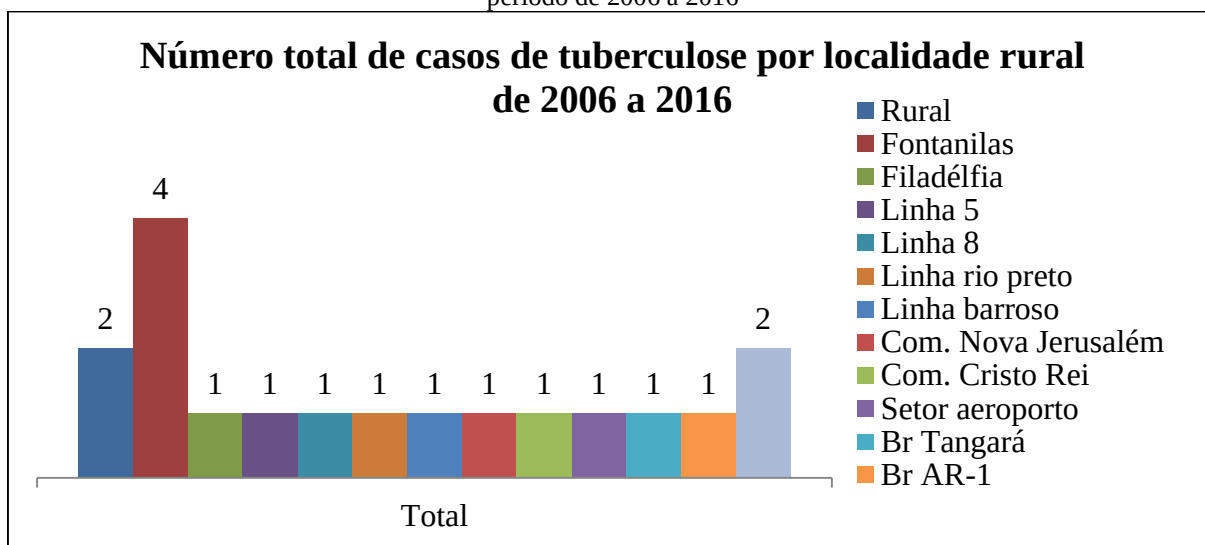
Figura 6- Ocorrência de casos de tuberculose por localidade urbana segundo ano da notificação no período de 2006 a 2016



Fonte: A autora, 2017

Separando a ocorrência de bairros em setor urbano, rural e aldeias indígenas nota-se que os maiores índices na zona urbana entre os anos de 2006 a 2016 foram dos módulos 05 com 35,21% seguidos do bairro Palmitreira com 20,42%. Isto se explica devido o módulo 05 ter maior número populacional relacionado aos demais bairros, ter alto índice de pobreza e consequentemente condições de moradia precárias.

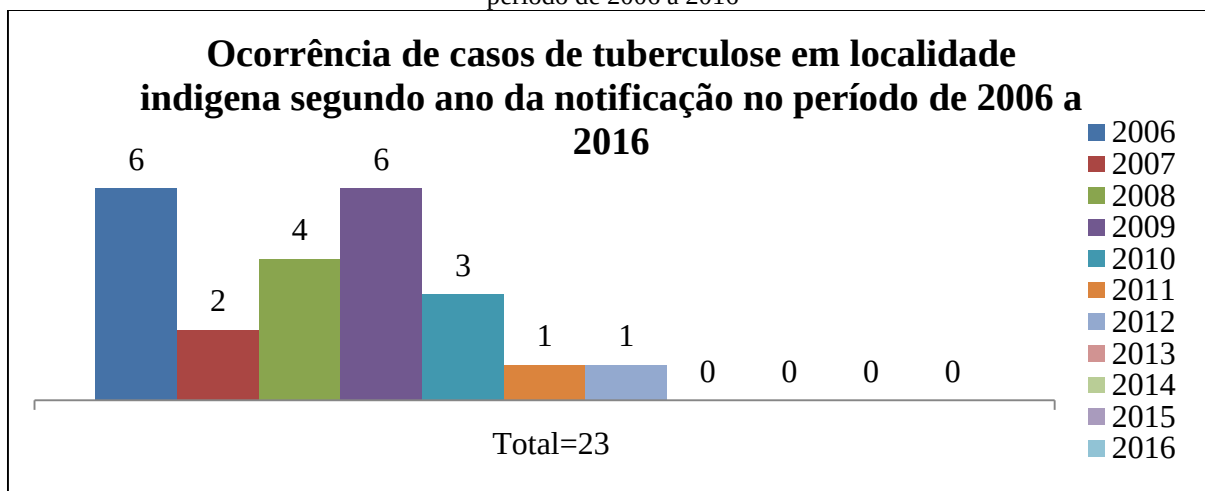
Figura 7- Ocorrência de casos de tuberculose por localidade rural segundo ano da notificação no período de 2006 a 2016



Fonte: A autora, 2017

Já na zona rural entre os anos de 2006 a 2016 22,22% acometidos foram notificados como moradores do Distrito de Fontanilas, e houve dois casos situados na zona rural que não foi identificado qual a localidade rural que estes indivíduos moravam.

Figura 8- Ocorrência de casos de tuberculose em localidade indígena segundo ano da notificação no período de 2006 a 2016



Fonte: A autora, 2017

Nas localidades indígenas foram constados 23 casos de tuberculose, distribuídas da seguinte forma 2006 com 23% (n=6), 2007 com 8,69% (n=2), 2008 com 17,39% (n=4), 2009 com 23% (n=6), 2010 com 13% (n=3) casos, 2011 com 4,34% (n=1) e 2012 também com 4,34% (n=1). Observando que de 2013 a 2016 não houve notificação de casos de tuberculose nesta área.

Na somatória do número de casos relacionados ao bairro dos acometidos pela patologia, verificou-se que a amostra total foi de 183, ou seja, 03 números a menos do que o registrado na frequência por idade, sexo, raça e forma. Dentre esses foi constatado que 6, ou seja, 3,27% das notificações de tuberculose do ano de 2012, 2013 e 2014, analisadas na vigilância epidemiológica de Juína estavam preenchidas incorretas ou incompletas quanto ao bairro de residência do paciente acometido.

5 DISCUSSÃO

Segundo dados do Tabnet (Tabulador para Internet), entre os anos de 2006 e 2016 foram notificados 879.259 casos de tuberculose no Brasil, destes 590.888 eram do sexo masculino. Em Mato Grosso nesse mesmo período ocorreram 14.663 casos onde 7.612 eram do sexo masculino. Dentre esses casos em âmbito nacional 361.604 dos casos foram notificados como pardos. Em Mato Grosso no mesmo período foram notificados 9.792 da mesma raça.

Entre os anos de 2006 a 2016 foram notificados 186 casos de TB no município de Juína, De Araújo et al. (2015) em um estudo realizado em Natal-RN, constatou 1551 novos casos entre os anos de 2009 a 2012. Segundo o IBGE (2010), a população de Natal é de 803.739 ou seja, aproximadamente 20 vezes maior que a de Juína e o índice de pobreza na cidade do Rio Grande do Norte é de 40,86% enquanto em Juína é de 31,92%, isso reforça que quanto maior o índice de pobreza maior o número de casos de TB.

Quanto à idade dos acometidos pela TB nota-se que em Juína no período da pesquisa a predominância foi entre 40 a 64 anos (40,32%). Na pesquisa de De Oliveira e Gonçalves (2013) a idade média dos casos de TB foi de 42,8 (DP = 20,8) ($P < 0,01$). Vale ressaltar que, entre os casos co-infectados com TB-HIV, houve alta concentração na faixa etária de 20-29 anos (35,2%), enquanto que os casos de TB estavam mais concentrados na faixa etária de 50 anos e mais (37,8%). Já em Hino et al. (2013) o predomínio de casos foi entre indivíduos de 20 a 49 anos (67%). É importante destacar um percentual significativo de casos em indivíduos com 60 anos ou mais (8,7%).

Em relação ao sexo no período entre 2006 a 2016 ocorreram no sexo masculino (68,28%) sendo assim, 31,72% no sexo feminino. Hino et al. (2013) encontrou resultado parecido, constando que os casos novos não apresentaram variação significativa em relação ao sexo durante o período estudado, evidenciando predomínio do sexo masculino, que representou 62,3% do total de casos. A média do Coeficiente de Incidência foi de 56,2 casos/100.000 habitantes, porém mostrou variação de 21,1 casos/100.000 habitantes (em 2004) e 70,4 casos/100.000 habitantes (em 2001). Os autores realizaram um estudo em um distrito administrativo localizado na região Sul do Município de São Paulo. Em De Oliveira e Gonçalves (2013) houve predominância masculina, com a seguinte porcentagem: 63,1% entre co-infectados com TB-HIV e 53,8% entre casos de TB.

A tuberculose está mais presente em homens, provavelmente, pela maior exposição ao microrganismo associado a fatores ou situações de risco, como o uso de álcool e fumo. Além disso, os homens acessam menos os serviços de saúde afastando do diagnóstico precoce da TB.

As diferenças de gênero podem ser causadas por fatores econômicos, culturais e sociais relacionados à exposição. Em muitas sociedades, os homens são os únicos provedores na família, o que poderia resultar em uma maior exposição ao *Mycobacterium tuberculosis* fora de casa. Os homens também parecem ser mais bem informados sobre a doença. Entretanto, evidências sugerem que as mulheres são mais suscetíveis à progressão da doença, da infecção para a doença ativa, e as diferenças na resposta imunológica tem sido implicadas nesse fato (BELO et al., 2010).

Segundo a forma da tuberculose a pulmonar se sobressai com 94,62% onde 86,56% deram entrada como casos novos. Hino et al. (2013) obteve resultado parecido onde o tipo de caso predominante foi o caso novo, apresentando 89,5% do total de casos. Analisando a distribuição percentual de acordo com a forma clínica da Tb, observou-se predomínio da forma pulmonar (79,1%), seguida da extrapulmonar (16,4%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse estudo foi possível identificar um perfil clínico e epidemiológico dos casos de tuberculose no município de Juína/MT entre os anos de 2006 a 2016. Nota-se que o maior índice de Tuberculose no município ocorreu em indivíduos do sexo masculino, de cor parda e na idade de 40 a 64 anos.

Apesar de a tuberculose ser uma patologia prevenível e ter cura, ainda é considerada um problema de saúde pública nacional, pela ligação entre a ocorrência e condições de vida da população, onde também é observado o grau de desistência e não adesão do tratamento pelos pacientes.

A zona urbana foi a mais acometida em relação a zona rural e aldeias indígenas, onde deram entrada em maior número os casos novos de forma pulmonar.

Assim, vale ressaltar que o enfermeiro tem papel fundamental na prevenção e tratamento da TB, visto que é este o profissional responsável por traçar estratégias de preventivas na atenção primária a saúde, orientando a comunidade acerca de modos preventivos da patologia, bem como do acompanhamento supervisionado daqueles que se encontram em tratamento. Onde através de uma assistência humanizada e acolhedora é capaz de traçar as necessidades de cada paciente e prestar cuidado integral e com equidade.

Por isso, o investimento em políticas públicas direcionadas à prevenção e tratamento da TB, bem como educação continuada para profissionais de enfermagem referente ao contexto patológico, biológico, psicológico e social do paciente acometido por tuberculose é necessário, a fim de proporcionar a esses clientes assistência humanizada, integrativa, equitativa e resolutiva.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. B. de; PONCE, M. A. Z.; WYSOCKI, A. D.; SANTOS, M. de L. S. G.; VENDRAMINI, S. H. F.; A coordenação da assistência no controle da tuberculose na visão da equipe de enfermagem. **Rev. enferm UFPE on line**. Recife, v. 10, n. 6, p. 4727-34, dez., 2016.

ALVES, J. C. de F.; PAULO, Z. C. de A.; SANTOS, N. M. G. dos; PINTO, E. S. G.; DAVIM, R. M. B.; Barreiras socioeconômico-culturais que retardam o diagnóstico da tuberculose. **Rev. enferm UFPE on line**. Recife, v. 10, n.11, p. 4021-7, nov., 2016. asil.pdf> Acesso em: 10 de mai. 2017.

BARBOSA, I.R.; COSTA, I.C.C. Estudo epidemiológico da coinfeção tuberculose-HIV no nordeste do Brasil. *Rev Patol Trop* Vol. 43, n.1, pag. 27-38. jan.-mar. 2014.

BELO, M.T.C.T; LUIZ, R.R.; HANSON, C.; SELIG, L.; TEIXEIRA, E.G.; HALFOUN, T.; TRAJMAN, A. Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro. **J. bras. pneumol.**, vol.36, no.5. São Paulo Sept./Oct. 2010

BEZERRA, W.K.T.; DE SOUSA, H.O.; BEZERRA, A.M.F.; BEZERRA, K.K.S; VIEIRA, A.L.; PEREIRA, D.S.; BORGES, M.G.B. A assistência de enfermagem no tratamento dos portadores de tuberculose no município de Patos-PB. **INTESA (Pombal - PB - Brasil)** v. 8, n. 1, p. 76-89, Jan. - Dez., 2014.

BIOLCHI, A. D. V. **Perfil epidemiológico da tuberculose nos municípios de Mato Grosso do Sul**. 2012. Dissertação. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Vigilância em Saúde nas Fronteiras. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Dourados.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino serviço**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/81/controla-da-tuberculose-uma-proposta-de-integracao-ensino-servico-%5B81-080909-SES-MT%5D.pdf>> Acesso em: 13 de mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Epidemiológicas e Morbidades. In: _____. **Casos de Tuberculose** – Brasil – 2001. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31009407>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasil, v. 46, n. 9, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>> Acesso em: 22 de mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf> Acesso em: 20 de mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil**: indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil_2014.pdf> Acesso em: 10 de mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose**. Brasília, 2014. <[Http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/tuberculose](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/tuberculose)> Acesso em: 09 de mai. 2017.

BRUNELLO, M. E. F.; CERQUEIRA, D. F.; PINTO, I. C.; ARCÊNIO, R. A.; GONZALES, R. I. C.; VILLA, T. C. S.; SCATENA, L. M.; Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Rev. Acta Paul Enferm.** v. 22, n. 2, p. 176-82, out. 2009.

CAMPOS, H. S.; Tratamento da tuberculose. **Rev. Pulmão**. Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 21-31, mar., 2007.

CARVALHO, C.N.; DOURADO, I.; BIERRENBACH, A.N. Subnotificação da comorbidade tuberculose e aids: uma aplicação do método de linkage. **Rev Saúde Pública**, vol.45, n.3, pag. 548-55, 2011.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características da população e dos domicílios**: incidência de pobreza. IBGE, 2010.

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf> Acesso em: 18 de out. 2017.

DE ARAÚJO, S.R.L.; PEREIRA, I.S.S.D.; DE BRITO, N.O.S.; FONSECA, P.C.B. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar na cidade do Natal – RN. **J Infect Control**, vol.4, n. 1, pag. 16-19, 2015

DE OLIVEIRA, N.F.; GONÇALVES, M.J.F. Fatores sociais e ambientais associados à hospitalização de pacientes com tuberculose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.21, n.2, pag. 8, mar.-abr. 2013.

GONÇALVES, H.; A tuberculose ao longo dos tempos. **Rev. História, Ciências e Saúde. Manguinhos**, v. 7, n. 2, p. 303-25, jul./out., 2000.

Hino, P.; Takahashi, R.f.; Bertolozzi, M.R.; Egry, E.y. A ocorrência da tuberculose em um distrito administrativo do município de São Paulo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 17, núm. 1, pag. 153-159, jan.-mar. 2013.

MARCONI, de, A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Ed. Atlas S. A., 2003, p. 310.

NOGUEIRA, J.A.; TRIGUEIRO, D.R.S.G.; DE SÁ, L.D.; DA SILVA, C.A.; OLIVEIRA, L.C.S.; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Rev Bras Epidemiol**, v.14, n.2, pag. 207-16, 2011.

OBLITAS, F. Y. M.; LONCHARICH, N.; SALAZAR, M. E.; DAVID, H. M. L.; SILVA, I.; VELÁSQUEZ, D.; O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Perú, v.18, n. 1, p. 9, jan./fev., 2010.

PEREIRA, É. P.; **Análise epidemiológica da tuberculose em indivíduos com hiv/aids em goiás**. 2012. Dissertação. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. GOIANIA, 2012.

PILLER, R. V. B.; Epidemiologia da Tuberculose. **Rev. Pulmão**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 4-9, 2012.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Ed. 2º. Novo Hamburgo/RS: 2013, p. 277.

RÊGO, L.P.; DA CUNHA, F.F.; RODRIGUES, I.L.A.; NOGUEIRA, L.M.V. Assistência humanizada de enfermagem às pessoas doentes com tuberculose: revisão integrativa 2002 – 2012. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.38, n.3, p.738-750, jul./set. 2014.

RIBEIRO, L.C.; DA SILVA, S.F. **Assistência de enfermagem ao paciente portador de tuberculose pulmonar**, monografia apresentada para fim de obtenção de bacharelado em enfermagem. Faculdades integradas promove de Brasília. 2013.

ROSEMBERG, J.; Tuberculose - aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Rev. Boletim de Pneumologia Sanitária**. São Paulo, v. 7, n. 2, jul./dez., 1999.

Santos, M. L.s.g; Vendramini, S.H.f.; Gazetta, C.E.; Oliveira, S.A.c.; Villa, T.C.s.Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 15, set.-out., 200.

SOBRINHO, R.A.S.; DE SOUZA, A.L.; WYSOCKI, A.D.; DA SILVA, L.M.C.; BERALDO, A.A.; VILLA, T.C.S. conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose. **Cogitare Enfermagem**, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, pp. 34-40, 2014.

VALENÇA, M. S.; CEZAR-VAZ, M. R.; BRUM, C. B.; SILVA, P. E. A. da.; O processo de detecção e tratamento de casos de tuberculose em um presídio. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio Grande, v. 21, n. 7, p. 2111-2122, jul., 2016.

VALLE, A.R.M.C.; SANTOS, L.C.S.; DE ANDRADE, D. **Competências do Enfermeiro para Ações Preventivas na Atenção Domiciliar com Ênfase nos Riscos de Infecção**. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL

AJES – FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E DE ADMINISTRAÇÃO DO
VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Autorização de Pesquisa

Eu Mirian Vieira Faustino de Paula, acadêmica de Bacharelado em Enfermagem da AJES venho respeitosamente solicitar de vossa senhoria autorização para a realização de pesquisa científica, no sistema de saúde no município de Juína. A pesquisa tem como título: **TUBERCULOSE: EPIDEMIOLOGIA DOS CASOS NO MUNICÍPIO DE JUÍNA/MT**, e será realizada de acordo com o projeto em anexo e após autorização do consentimento municipal.

Nestes termos, pede deferimento.


Acadêmica Mirian Vieira Faustino de
Paula


Me. Victor Cauê Lopes

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO MUNICIPAL

REQUERIMENTO

Senhora Secretária Municipal de Saúde de Juína.

Eu, Mirian Vieira Faustino de Paula, portadora do R.G. nº 1514764-9, acadêmica do curso de enfermagem do IX semestre, pela Faculdade Ajes do Vale do Juruena, residente na Rua Dr. Bezerra de Meneses, nº 153, Módulo 01 no Município de Juína-MT, venho por meio deste requerimento solicitar a Senhora Secretária de Saúde Dr. Leda Maria de Souza Villaga autorização para realizar a pesquisa de Conclusão de Curso intitulada **TUBERCULOSE: EPIDEMIOLOGIA DOS CASOS NO MUNICÍPIO DE JUÍNA/MT** a realizar-se por meio de dados da vigilância epidemiológica do município, localizado na R. Ives Ortolan, s/n – Modulo 03. Sobre a orientação do Enfermeiro Me. Victor Cauê Lopes. Segue uma cópia do Pré-projeto em anexo e Termo de Autorização institucional.

Acadêmica: Mirian Vieira F. de Paula

Orientador responsável: Leda Maria de S. Villaga

Juína/MT, 2017

Antônio Leda Maria de S. Villaga
Leda Maria de S. Villaga
Sec. Mun. de Saúde de Juína - MT
Portaria nº 006/2017

ANEXOS

ANEXO A- FICHA DE NOTIFICAÇÃO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
		FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE		
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2- Individual		2 Data da Notificação
	3 Município de Notificação			Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código
Dados do Caso	5 Agravado	TUBERCULOSE		6 Data do Diagnóstico
	7 Nome do Paciente			8 Data de Nascimento
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 9-Não se aplica 9-Ignorado
	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe		
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida, ...)			16 Número
	17 Complemento (apto., casa, ...)	18 Ponto de Referência		19 UF
	20 Município de Residência	Código (IBGE)	Distrito	
	21 Bairro	Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)	Código
	Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	26 Nº do Prontuário	27 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica		
	28 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência			
Dados Clínicos	29 Raio X do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado	30 Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado		
	31 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar	32 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 4 - Óssea 7 - Meningite 2 - Gang. Perif. 5 - Ocular 8 - Outras 3 - Genit urinária 6 - Miliar 9 - Não Se Aplica		
	33 Agravos Associados 1 - Aids 2 - Alcoolismo 3 - Diabetes 4 - Doença Mental 5 - Outros 9 - Ignorado			
Dados de Laboratório	34 Baciloscopia de Escarro 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada	35 Baciloscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada		
	36 Cultura de Escarro 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	37 Cultura de Outro Material 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada		
	38 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado	39 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado		
Tratamento	40 Data de Início do Tratamento Atual	41 Drogas 1 - Sim 2 - Não ☐ Rifampicina ☐ Isoniazida ☐ Pirazinamida ☐ Etambutol ☐ Estreptomicina ☐ Etionamida ☐ Outras _____		
	42 Tratamento Supervisionado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	43 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Investigador	44 Município/Unidade de Saúde			45
	46 Nome	47 Função	48 Assinatura	

Tuberculose

CENEPI 03.4 27/12/01