



Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção
ISSN: 2238-3360
reciunisc@hotmail.com
Universidade de Santa Cruz do Sul
Brasil

Teixeira da Silva, Lorena; Costa Felipini, Maria Cecília; Bomfá de
Oliveira, Thaís; Firmino Brunello, Maria Eugênia; Halax Orfão, Nathalia
Perfil epidemiológico da tuberculose no serviço de referência do estado de Rondônia
Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, vol. 9, núm. 1, 2019, -Março, pp. 48-54
Universidade de Santa Cruz do Sul
Brasil

DOI: <https://doi.org/10.17058/reci.v9i1.12249>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570463757009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABEM
redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Perfil epidemiológico da tuberculose no serviço de referência do estado de Rondônia

Epidemiological profile of tuberculosis in the reference service of the state of Rondônia

Perfil epidemiológico de la tuberculosis en el servicio de referencia del estado de Rondonia

<https://doi.org/10.17058/reci.v9i1.12249>

Recebido em: 16/06/2018

Aceito em: 05/11/2018

Disponível online: 17/01/2019

Autor Correspondente:

*Nathalia Halax Orfão

nathaliahalax@unir.br

Campus - BR 364, Km 9,5. Porto Velho/RO,
Brasil. CEP: 76801-059

Lorena Teixeira da Silva,¹ <https://orcid.org/0000-0002-2274-1016>

Maria Cecília Costa Felipini,¹ <https://orcid.org/0000-0001-6691-951X>

Thais Bomfá de Oliveira,¹ <https://orcid.org/0000-0003-1825-8862>

Maria Eugênia Firmino Brunello,² <http://orcid.org/0000-0002-7949-1492>

Nathalia Halax Orfão.¹ <http://orcid.org/0000-0002-8734-3393>

¹Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil

²Faculdade de Tecnologia em Saúde, Ribeirão Preto, SP, Brasil

RESUMO

Justificativa e Objetivos: Apesar da Atenção Primária à Saúde (APS) configurar-se como coordenadora e ordenadora do cuidado, grande parte do diagnóstico da tuberculose (TB) é realizado nas unidades de Pronto-Atendimento e serviços de referência. Neste sentido, este estudo teve como objetivo analisar os casos de TB que foram diagnosticados e notificados no serviço de referência do estado de Rondônia no período de 2014 a 2016. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal e abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de um levantamento das variáveis sociodemográficas e clínicas no SINAN e analisado por meio da estatística descritiva, após atender os preceitos éticos. **Resultados:** No período estudado, foram diagnosticados e notificados 2.230 casos de TB em Rondônia, dos quais 67,40% foram em Porto Velho, e destes 50,30% no serviço de referência. No que concerne ao perfil, verificou-se que a média de idade foi de 38 anos (± 16), sendo a maioria do sexo masculino, raça/cor parda, com menos de 8 anos de escolaridade, residia em Porto Velho, zona urbana, caso novo, forma clínica pulmonar, baciloscopia de escarro positiva, radiografia de tórax suspeito de TB, HIV negativo e cultura de escarro não realizada. Observou-se baixa taxa de cura e elevada para transferência e abandono. O tempo médio de tratamento foi de 160 dias (± 103). **Conclusão:** Tais achados são semelhantes com a literatura, o que demonstra a fragilidade da APS em relação as ações estratégicas para detecção precoce, tratamento oportuno e acompanhamento dos casos de TB.

Descritores: Tuberculose Pulmonar. Diagnóstico. Serviços de Saúde. Atenção Terciária à Saúde.

ABSTRACT

Background and Objectives: Although Primary Health Care (PHC) to be the coordinator and care provider, a large part of the tuberculosis (TB) diagnosis is carried out in the Emergency Care and reference services. In this sense, this study aimed to analyze the cases of TB that were diagnosed and reported in the reference service of the state of Rondônia in the period from 2014 to 2016. **Methods:** This is a descriptive, cross-sectional and quantitative approach. The data were collected through a survey of the socio-demographic and clinical variables in SINAN and analyzed through descriptive statistics, after meet the ethical precepts. **Results:** During the study period, 2,230 TB cases were diagnosed and reported in Rondônia, of which 67.40% were in Porto Velho, and 50.30% in the reference service. Regarding the

profile, the mean age was 38 years (± 16), most of them male, brown, less than 8 years of schooling, lived in Porto Velho, in the urban area, new case, TB pulmonary clinical form, sputum smear positive, thorax radiography suspected of TB, HIV negative and unprepared sputum culture. Regarding the closure situation, it was observed a low cure rate, high for transference and abandonment. The mean treatment time was 160 days (± 103). **Conclusion:** These findings are similar to the literature, which demonstrates the fragility of PHC in relation to strategic actions for early detection, timely treatment and follow-up of TB cases.

Keywords: Tuberculosis, pulmonary. Diagnosis. Health services. Tertiary healthcare.

RESUMEN

Justificación y objetivos: Atención Primaria a la Salud (APS) configurarse como coordinadora y ordenadora del cuidado, gran parte del diagnóstico de la tuberculosis (TB) se realiza en las unidades de Pronto-Atención y servicios de referencia. Este estudio tuvo como objetivo analizar los casos de TB que fueron diagnosticados y notificados en el servicio de referencia del estado de Rondônia en el período de 2014 a 2016. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, del tipo transversal y abordaje cuantitativo. Los datos fueron recolectados por medio de un levantamiento de las variables sociodemográficas y clínicas en el SINAN y analizado por medio de la estadística descriptiva, después de atender los preceptos éticos. **Resultados:** En el período estudiado, se diagnosticaron y notificaron 2.230 casos de TB en Rondônia, de los cuales el 67,40% fueron en Porto Velho, y de los 50,30% en el servicio de referencia. En lo que concierne al perfil, se verificó que el promedio de edad fue de 38 años (± 16), siendo la mayoría del sexo masculino, parda, menos de 8 años de escolaridad, residía en Porto Velho, área urbana, caso nuevo, forma clínica pulmonar, baciloscopia de esputo positivo, radiografía de tórax sospechosa de TB, VIH negativo y cultivo de esputo no realizada. Se observó una baja tasa de curación y elevada para la transferencia y el abandono. El tiempo promedio de tratamiento fue de 160 días (± 103). **Conclusión:** Tales hallazgos son similares con la literatura, lo que demuestra la fragilidad de la APS en relación a las acciones estratégicas para detección precoz, tratamiento oportuno y seguimiento de los casos de TB.

Palabras clave: Tuberculosis Pulmonar. Diagnóstico. Servicios de Salud. Atención Terciaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença milenar e ainda permanece como um problema de saúde a nível global. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. No ano de 2016, foram notificados 6,3 milhões de casos novos no mundo e cerca de 1,3 milhões de óbitos por TB.¹

O Brasil está inserido entre os 30 países com maior incidência de casos de TB no mundo, que correspondem a aproximadamente 85% do total de casos. No ano de 2016, foram diagnosticados e registrados 66.796 casos novos de TB, cujo coeficiente de incidência foi de 32,4 casos por 100 mil habitantes.^{1,2}

Em Rondônia, ainda que o coeficiente de incidência da TB esteja semelhante ao nacional, (33,1/100 mil hab.), Porto Velho apresentou superior (69,2/100 mil hab.), além de baixa taxa de cura (70,5%) e elevada para o abandono (15,7%), aquém das metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de pelo menos 85% e no máximo 5%, respectivamente.²

Estudos apontam que no Brasil, grande parte do diagnóstico da TB é realizado nas unidades de Pronto-Atendimento (PA) e serviços de referência, ainda que a responsabilidade da realização do tratamento, acompanhamento dos casos e ações de vigilância, sejam da competência da Atenção Primária à Saúde (APS).^{3,4}

Neste sentido, torna-se necessário refletir sobre o papel da APS como coordenadora e ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente dentre as condições crônicas, como a TB, de maneira que possibilite identificar os problemas apresentados pelos usuários e fortalecer o vínculo.⁵ Tais aspectos, podem contribuir em uma atenção adequada, oportuna, resolutiva e que assegure, sempre que necessária, a conti-

nuidade da atenção nos demais pontos do sistema que possuam maior concentração de recursos, para o atendimento integral às necessidades de saúde do usuário.⁶

Além disso, o déficit de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, frente à problemática e o despreparo para a realização das ações de controle da TB, pode ser um agente que influencia negativamente na forma com que o usuário adentra à RAS e fragiliza a gestão do cuidado, mas que poderiam ser evitados mediante investimentos na capacitação dos profissionais da APS e no aumento do quantitativo das equipes.⁷⁻⁹

Neste sentido, este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos casos de TB diagnosticados no serviço de referência do estado de Rondônia, no período de 2014 a 2016.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, com abordagem quantitativa realizado em Porto Velho, capital do estado de Rondônia, que, em 2016, possuía uma população estimada de 511.219 habitantes.

A atenção à TB no município ocorre de forma descentralizada para a APS, a qual é responsável pela busca de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, avaliação dos contatos, acompanhamento dos casos de TB e implementação de medidas de controle eficazes para a melhoria do desempenho dos indicadores e controle da doença.

Como suporte, o município possui o Centro de Especialidades Médicas (CEM) responsável pelo tratamento e acompanhamento dos casos de TB extrapulmonar, bem como o Serviço de Assistência Especializada (SAE) para os casos de coinfeção TB/HIV, e o Centro de Medicina Tro-

pical de Rondônia (CEMETRON), no que tange aos casos de TB drogarrresistente (TBDR) e aqueles que necessitam de internação, sendo este um serviço de referência para o estado de Rondônia.

O CEMETRON conta com serviço ambulatorial, PA 24 horas e internação hospitalar. Em sua estrutura possui 99 leitos, sendo 57 para internação, 24 para isolamento, 11 de PA, e sete para a Unidade de Terapia Intensiva por meio de uma equipe multiprofissional. Além disso, possui como principal demanda as doenças tropicais e infecto-contagiosas, tais como TB, malária, acidentes ofídicos, entre outras. Ressalta-se que este serviço chega a realizar até 2.000 consultas ambulatoriais ao mês, e atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) advindos de Rondônia, estados vizinhos como o Acre, Amazonas e Mato Grosso, e até mesmo da Bolívia.

Ao longo dos anos, o CEMETRON tem se caracterizado como a principal porta de entrada, onde ocorrem mais de 50% dos diagnósticos e notificações da TB em Porto Velho (Figura 1). Essa situação evidencia o distanciamento dos profissionais que compõem a APS frente às suas atribuições e responsabilidades estabelecidas previamente pelas normas e diretrizes que subsidiam as ações no SUS, dentre elas a descentralização.

A população do estudo foi constituída por todos registros dos casos diagnosticados e notificados com

TB no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período entre janeiro de 2014 e dezembro de 2016. Foram definidos como critério de inclusão usuários que foram diagnosticados no CEMETRON com forma clínica pulmonar e/ou extrapulmonar, os quais deveriam ter seu diagnóstico e tratamento realizado nos outros níveis de atenção à saúde. Como critérios de exclusão, considerou-se os casos de TBDR.

Os dados foram coletados por meio de um levantamento das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça/cor, escolaridade, município de residência e zona de residência) e clínicas (tipo de entrada, forma clínica, exames diagnósticos, situação de encerramento e tempo de tratamento) no SINAN. Posteriormente, estes dados foram armazenados em um banco de dados no Microsoft Office Excel e analisados por meio de estatística descritiva no programa *Statistic 13.0*, da *Statsoft*.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), com CAAE 79789617.9.0000.5300 e número do parecer 2.399.327, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

RESULTADOS

No período de 2014 a 2016, foram diagnosticados e notificados no CEMETRON, 756 casos de TB, cuja média de idade foi de 38 anos ($dp=\pm 16$ anos). Além disso, a maioria dos casos era do sexo masculino (71,43%), raça/cor parda (71,56%), com menos de oito anos de estudo (30,29%), residia em Porto Velho (82,28%), na zona urbana (85,05%) (Tabela 1).

No que concerne aos aspectos clínicos, verificou-se que a maioria dos doentes de TB era caso novo (76,06%), porém houve um importante quantitativo de reingresso após abandono (14,68%), forma clínica pulmonar (76,60%), com baciloscopia de escarro positiva (50,66%), radiografia de tórax suspeito de TB (85,98%), HIV negativo (66,01%), o qual não foi realizado em 13,49% dos doentes de TB, sendo apresentado ainda, cultura de escarro não realizada (86,64%) e em andamento (6,75%). Em relação a situação de encerramento, verificou-se baixa taxa de cura (47,99%) e elevada para transferência (22,46%) e abandono (21,66%) (Tabela 2).

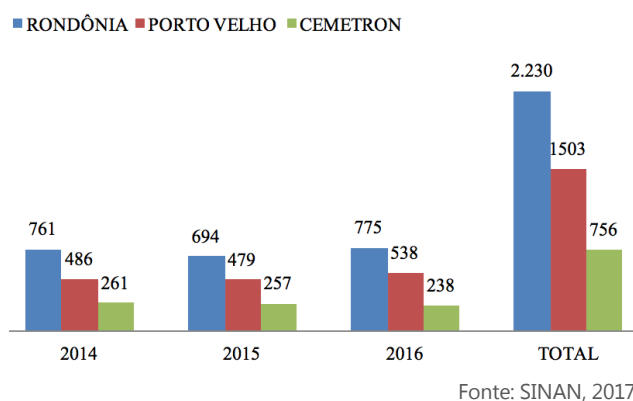


Figura 1. Distribuição do número de casos de TB diagnosticados e notificados em Rondônia, Porto Velho e CEMETRON, no período de 2014 a 2016.

Tabela 1. Distribuição dos casos de TB diagnosticados e notificados no CEMETRON, de acordo com as variáveis sociodemográficas, Porto Velho, no período de 2014 a 2016.

| Variável | 2014 | | 2015 | | 2016 | | TOTAL | |
|-----------------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sexo | | | | | | | | |
| Masculino | 183 | 33,89 | 173 | 32,04 | 184 | 34,07 | 540 | 71,43 |
| Feminino | 78 | 36,11 | 84 | 36,89 | 54 | 25,00 | 216 | 28,57 |
| Raça/cor | | | | | | | | |
| Parda | 186 | 34,38 | 169 | 31,24 | 186 | 34,38 | 541 | 71,56 |
| Branca | 56 | 35,90 | 68 | 43,59 | 32 | 20,51 | 156 | 20,63 |
| Preta | 9 | 29,03 | 10 | 32,26 | 12 | 38,71 | 31 | 4,10 |
| Ignorado | 5 | 38,46 | 5 | 38,46 | 3 | 23,08 | 13 | 1,72 |
| Indígena | 4 | 30,77 | 5 | 38,46 | 4 | 30,77 | 13 | 1,72 |

| | | | | | | | | |
|--|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|------------|
| Em branco | 1 | 100,00 | - | - | - | - | 1 | 0,13 |
| Amarela | - | - | - | - | 1 | 100,00 | 1 | 0,13 |
| Escolaridade | | | | | | | | |
| Analfabeto | 15 | 28,30 | 20 | 37,74 | 18 | 33,96 | 53 | 7,01 |
| 1 a 4 anos | 58 | 31,87 | 61 | 33,52 | 63 | 34,62 | 182 | 24,08 |
| 5 a 8 anos | 82 | 31,06 | 86 | 32,58 | 96 | 36,36 | 264 | 34,92 |
| 9 a 11 anos | 62 | 42,76 | 46 | 31,72 | 37 | 25,52 | 145 | 19,18 |
| Mais de 11 anos | 18 | 42,86 | 11 | 26,19 | 13 | 30,95 | 42 | 5,91 |
| Ignorado | 20 | 43,48 | 19 | 41,30 | 7 | 15,22 | 46 | 6,8 |
| Em branco | 2 | 12,50 | 11 | 68,75 | 3 | 18,75 | 16 | 2,12 |
| Não se aplica | 4 | 50,00 | 3 | 37,50 | 1 | 12,50 | 8 | 1,06 |
| Município de residência por Região de Saúde | | | | | | | | |
| Madeira Mamoré | | | | | | | | |
| Porto Velho | 204 | 32,80 | 209 | 33,60 | 209 | 33,60 | 622 | 82,28 |
| Candeias do Jamari | 6 | 25,00 | 11 | 45,83 | 7 | 29,17 | 24 | 3,17 |
| Guajará-Mirim | 4 | 30,77 | 6 | 46,15 | 3 | 23,08 | 13 | 1,72 |
| Itapuã do Oeste | 4 | 36,36 | 5 | 45,45 | 2 | 18,18 | 11 | 1,46 |
| Nova Mamoré | - | - | 1 | 100,00 | - | - | 1 | 0,13 |
| Vale do Jamari | | | | | | | | |
| Ariquemes | 2 | 18,18 | 3 | 27,27 | 6 | 54,55 | 11 | 1,46 |
| Machadinho D'Oeste | 5 | 71,43 | 1 | 14,29 | 1 | 14,29 | 7 | 0,93 |
| Cujubim | 2 | 50,00 | 1 | 25,00 | 1 | 25,00 | 4 | 0,53 |
| Buritis | 2 | 66,67 | - | - | 1 | 33,33 | 3 | 0,40 |
| Rio Crespo | - | - | 1 | 100,00 | - | - | 1 | 0,13 |
| Cacaulândia | 1 | 100,00 | - | - | - | - | 1 | 0,13 |
| Central | | | | | | | | |
| Jaru | 5 | 71,43 | - | - | 2 | 28,57 | 7 | 0,93 |
| Ouro Preto D'Oeste | 2 | 50,00 | - | - | 2 | 50,00 | 4 | 0,53 |
| Ji-Paraná | 2 | 50,00 | 1 | 25,00 | 1 | 25,00 | 4 | 0,53 |
| Alvorada D'Oeste | - | - | 2 | 100,00 | - | - | 2 | 0,26 |
| Vale do Anari | - | - | 1 | 100,00 | - | - | 1 | 0,13 |
| Presidente Médici | 1 | 100,00 | - | - | - | - | 1 | 0,13 |
| Zona da Mata | | | | | | | | |
| Alta Floresta D'Oeste | 2 | 66,67 | - | - | 1 | 33,33 | 3 | 0,40 |
| Rolim de Moura | 1 | 50,00 | 1 | 50,00 | - | - | 2 | 0,26 |
| Café | | | | | | | | |
| Cacoal | 2 | 66,67 | - | - | 1 | 33,33 | 3 | 0,40 |
| Pimenta Bueno | - | - | 2 | 100,00 | - | - | 2 | 0,26 |
| Vale do Guaporé | | | | | | | | |
| São Francisco do Guaporé | 1 | 50,00 | - | - | 1 | 50,00 | 2 | 0,26 |
| Costa Marques | 1 | 100,00 | - | - | - | - | 1 | 0,13 |
| Municípios do Amazonas | | | | | | | | |
| Humaitá | 7 | 58,33 | 5 | 41,67 | - | - | 12 | 1,59 |
| Manicoré | 2 | 40,00 | 3 | 60,00 | - | - | 5 | 0,66 |
| Lábrea | 2 | 50,00 | 2 | 50,00 | - | - | 4 | 0,53 |
| Apuí | - | - | 2 | 100,00 | - | - | 2 | 0,26 |
| Manaus | 1 | 100,00 | - | - | - | - | 1 | 0,13 |
| Município do Mato-Grosso | | | | | | | | |
| Comodoro | 1 | 100,00 | - | - | - | - | 1 | 0,13 |
| Colniza | 1 | 100,00 | - | - | - | - | 1 | 0,13 |
| Zona | | | | | | | | |
| Urbana | 225 | 34,99 | 215 | 33,44 | 203 | 31,57 | 643 | 85,05 |
| Rural | 22 | 36,67 | 23 | 38,33 | 15 | 25,00 | 60 | 7,94 |
| Periurbana | 13 | 26,00 | 18 | 36,00 | 19 | 38,00 | 50 | 6,61 |
| Em branco | 1 | 33,33 | 1 | 33,33 | 1 | 33,33 | 3 | 0,40 |
| Total | 261 | 34,52 | 257 | 34,00 | 238 | 31,48 | 756 | 100 |

Tabela 2. Distribuição dos casos de TB diagnosticados e notificados no CEMETRON, de acordo com as variáveis clínicas, Porto Velho, no período de 2014 a 2016.

| Variável | 2014 | | 2015 | | 2016 | | TOTAL | |
|---------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Tipo de Entrada | | | | | | | | |
| Caso novo | 209 | 36,35 | 193 | 33,57 | 173 | 30,09 | 575 | 76,06 |
| Reingresso após abandono | 34 | 30,63 | 35 | 31,53 | 42 | 37,84 | 111 | 14,68 |
| Recidiva | 18 | 26,09 | 28 | 40,58 | 23 | 33,33 | 69 | 9,13 |
| Transferência | - | - | 1 | 100,00 | - | - | 1 | 0,13 |
| Forma Clínica | | | | | | | | |
| Pulmonar | 197 | 34,93 | 194 | 34,40 | 173 | 30,67 | 564 | 74,60 |
| Extrapulmonar | 52 | 32,70 | 48 | 30,19 | 59 | 37,11 | 159 | 21,03 |
| Pulmonar + extrapulmonar | 12 | 36,36 | 15 | 45,45 | 6 | 18,13 | 33 | 4,37 |
| Baciloscopia de Escarro | | | | | | | | |
| Positiva | 120 | 31,33 | 140 | 36,55 | 123 | 32,11 | 383 | 50,66 |
| Negativa | 87 | 33,98 | 88 | 34,38 | 81 | 31,64 | 256 | 33,86 |
| Não realizada | 54 | 51,43 | 22 | 20,95 | 29 | 27,62 | 105 | 13,89 |
| Não se aplica | - | - | 7 | 58,33 | 5 | 41,67 | 12 | 1,59 |
| Radiografia de Tórax | | | | | | | | |
| Suspeito | 219 | 33,69 | 220 | 33,85 | 211 | 32,46 | 650 | 85,98 |
| Outra patologia | 23 | 50,00 | 20 | 43,48 | 3 | 6,52 | 46 | 6,08 |
| Normal | 10 | 33,33 | 9 | 30,00 | 11 | 36,67 | 30 | 3,97 |
| Não realizado | 9 | 30,00 | 8 | 26,67 | 13 | 43,33 | 30 | 3,97 |
| HIV | | | | | | | | |
| Negativo | 149 | 29,86 | 185 | 37,07 | 165 | 33,07 | 499 | 66,01 |
| Positivo | 48 | 31,37 | 50 | 32,68 | 55 | 35,95 | 153 | 20,24 |
| Não realizado | 62 | 60,78 | 22 | 21,57 | 18 | 17,65 | 102 | 13,49 |
| Em andamento | 2 | 100 | - | - | - | - | 2 | 0,26 |
| Cultura de Escarro | | | | | | | | |
| Não realizado | 231 | 35,27 | 230 | 35,11 | 194 | 29,62 | 655 | 86,64 |
| Em andamento | 19 | 37,25 | 8 | 15,69 | 24 | 47,06 | 51 | 6,75 |
| Positivo | 6 | 23,08 | 8 | 30,77 | 12 | 46,15 | 26 | 3,44 |
| Negativo | 5 | 20,83 | 11 | 45,83 | 8 | 33,33 | 24 | 3,17 |
| Situação de Encerramento | | | | | | | | |
| Cura | 106 | 29,53 | 113 | 31,48 | 140 | 39,00 | 359 | 47,49 |
| Transferência | 80 | 47,62 | 69 | 41,07 | 19 | 11,31 | 168 | 22,22 |
| Abandono | 53 | 32,72 | 51 | 31,48 | 58 | 35,80 | 162 | 21,43 |
| Óbito por outras causas | 4 | 21,05 | 9 | 47,37 | 6 | 31,58 | 19 | 2,51 |
| Mudança de esquema | 5 | 38,46 | 2 | 15,38 | 6 | 46,15 | 13 | 1,72 |
| Óbito por TB | 5 | 55,56 | 2 | 22,22 | 2 | 22,22 | 9 | 1,19 |
| Em branco | 2 | 25,00 | 4 | 50,00 | 2 | 25,00 | 8 | 1,06 |
| Mudança de diagnóstico | 3 | 33,33 | 3 | 33,33 | 3 | 33,33 | 9 | 1,19 |
| TBMDR | 1 | 20,00 | 2 | 40,00 | 2 | 40,00 | 5 | 0,66 |
| Falência | 1 | 50,00 | 1 | 50,00 | - | - | 2 | 0,26 |
| Abandono primário | 1 | 50,00 | 1 | 50,00 | - | - | 2 | 0,26 |
| Total | 261 | 34,52 | 257 | 34,00 | 238 | 31,48 | 756 | 100 |

O tempo de tratamento foi em média 160 dias ($dp=\pm 103$), sendo o mínimo de um dia e máximo de 564 dias. Vale ressaltar que dentre os 756 casos, ao analisar o tempo de tratamento, 113 casos (14,95%) foram excluídos, pois o registro desta variável apresentava inconsistência, seja na data de encerramento e/ou início do tratamento.

DISCUSSÃO

A busca por atendimento no serviço de referência e o perfil sociodemográfico também se assemelham com

outros cenários, na qual a APS não é o primeiro nível de atenção procurado pelo usuário para elucidação diagnóstica da TB que o acomete, principalmente, homens, de raça/cor parda, baixa escolaridade e em idade economicamente ativa.^{3,4,8,10}

Os indivíduos do sexo masculino adoecem com maior facilidade, o que se associa pelo comportamento que o mesmo possui em relação à sua saúde, bem como a sua percepção sobre o processo saúde-doença, os quais corroboram para o retardo na procura por assistência e consequentemente, coopera para o agravamento dos sinais e sintomas.¹¹ Tal aspecto quando associado com

o baixo nível de escolaridade contribui com o aumento da exposição e maior vulnerabilidade, na medida em que compromete o acesso aos serviços de saúde, dificulta o enfrentamento do diagnóstico e adesão ao tratamento, seja pela falta de informação, autocuidado e corresponsabilidade da sua condição de saúde.¹²

No que concerne à idade média dos doentes de TB, evidencia-se não somente a possibilidade de estes exercerem atividade remunerada, mas em muitos casos por serem os provedores de suas famílias pode gerar receio de perder o vínculo empregatício na procura por atendimento, uma vez que o funcionamento da APS é apenas em horário comercial.^{3,13}

Dentre os achados deste estudo, os doentes de TB diagnosticados e notificados no serviço de referência residiam na capital rondoniense, o que era esperado, uma vez que o serviço supracitado está localizado no referido município, o qual possui o maior número de habitantes do Estado, ao mesmo tempo em que ressalta as fragilidades da APS na busca ativa e detecção precoce dos casos. Entretanto, foram identificados diversos casos de outras localidades, inclusive oriundas de Estados vizinhos, os quais podem ter ocorrido devido à proximidade regional e/ou agravamento dos sinais e sintomas necessitando de atendimento e internação no serviço de referência onde possivelmente foi diagnosticado.

No que se refere à forma clínica pulmonar, esta é a maneira como ocorre a transmissão da TB, além de se caracterizar como local de preferência para os bacilos, uma vez que facilita o seu desenvolvimento por possuir a maior concentração de oxigênio. É a forma mais frequente, dado a sua transmissibilidade, e de grande importância para o diagnóstico precoce e controle da TB por meio da adesão ao tratamento, e avaliação dos contatos.¹⁴

A baciloscopia de escarro é um dos métodos mais utilizados, de baixo custo, sendo capaz de detectar cerca de 60 a 80% dos casos, o que possibilita o início precoce do tratamento e controle mensal da evolução da doença. De modo complementar, a radiografia de tórax permite a identificação imediata de alterações no sistema respiratório. Estes são preconizados e indispensáveis para elucidação diagnóstica da TB.

Recomenda-se que seja realizado o exame sorológico para o HIV dos doentes diagnosticados com TB, uma vez que as pessoas com o sistema imunológico comprometido têm uma maior probabilidade de adoecer por doenças oportunistas. O risco das pessoas que vivem com HIV/aids de adquirir TB é de 10% ao ano, já para indivíduos que não estão infectados pelo vírus, o mesmo percentual refere-se à possibilidade da população em geral adoecer por TB ao longo da vida.¹⁵ Neste sentido, é essencial a detecção precoce dos casos coinfectados TB/HIV para que seja iniciado o uso dos medicamentos contra a TB, bem como antirretrovirais, visando a prevenção, interrupção da cadeia de transmissão, complicações e a morbimortalidade.¹⁵

Porto Velho destaca-se como a segunda capital do país com a maior percentual de abandono, o que demonstra consequentemente uma baixa taxa de cura,

aumento do número de casos, resistência das cepas bacterianas e às medicações utilizadas para o tratamento, decorrentes das fragilidades no acompanhamento e implementação de estratégias na APS, tais como a oferta do Tratamento Diretamente Observado, contra-referência destes usuários após alta hospitalar o que implicaria na permanência de indicadores desfavoráveis para o serviço de referência, além da resistência dos profissionais em desenvolver ações de vigilância em saúde para o controle da TB como se esta fosse mais uma atividade dentre tantas outras prioritárias.^{2,13,16}

Este estudo proporcionou a análise do perfil sociodemográfico e clínico dos doentes diagnosticados com TB e notificados no serviço de referência que se assemelham aos encontrados na literatura reforçando a importância de desenvolver ações que visem o controle da doença na detecção precoce e acompanhamento dos casos na APS. O alto percentual de abandono requer uma reavaliação das estratégias utilizadas, de modo que a realidade rondoniense frente a TB possa ser modificada.

Como limitação deste estudo, destaca-se a qualidade dos dados no sistema de informação, na qual foram identificadas inconsistências, tais como campos em branco, erros ao preencher a data de início e término do tratamento, bem como exames "em andamento", interferindo no conhecimento do perfil e magnitude da doença na cenário. Entretanto, para que sejam produzidos dados fidedignos à realidade, faz-se necessário a capacitação dos profissionais para sensibilizá-los sobre a importância do registro desde a coleta de dados até a avaliação dos mesmos. Ressalta-se sobre a necessidade de outros estudos que permita identificar as dificuldades de acesso dos usuários na APS para subsidiar ações que fortaleçam a RAS.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2017. Geneva: WHO; 2017.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil. 48(8). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
3. Paiva RCG, et al. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. Rev. Eletr. Enfermagem 2014;16(3):520-526. doi: 10.5216/ree.v16i3.23491
4. Loureiro RG, et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. Ciências & Saúde Coletiva 2014;19(4):1233-1244. doi: 10.1590/1413-81232014194.01002013
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 76p.
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia

- da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p.
7. Temesgen C, Demissie M. Knowledge and practice of tuberculosis infection control among health professionals in Northwest Ethiopia; 2011. BMC Health Serv Res 2014;14:593. doi: 10.1186/s12913-014-0593-2
 8. Villa TCS, et al. Health services performance for TB treatment in Brazil: a cross-sectional study. BMC Health Services Research 2011;11(1):1. doi: 10.1186/1472-6963-11-241
 9. Marquieviz J, et al. A estratégia de saúde da família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). Ciências & Saúde Coletiva 2013;18(1):265-271. doi: 10.1590/S1413-81232013000100027
 10. Glaziou P, Sismanidis C, Floyd K, Raviglione M. Global Epidemiology of Tuberculosis. Cold Spring Harb Perspect Med 2015;5(2):a017798 doi: 10.1101/cshperspect.a017798
 11. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, et al. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. J Gen Intern Med 2017;32(5):566-71. doi: 10.1007/s11606-016-3898-5
 12. San Pedro A, Oliveira RM. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. Revista Panamericana de Salud Pública 2013;33(4):294-301. doi: 10.1590/S1020-49892013000400009
 13. Churchyard GJ, Mametja LD, Mvusi L, et al. Tuberculosis control in South Africa: Successes, challenges and recommendations. South African Medical Journal 2014;104(3):244-248. doi: 10.7196/SAMJ.7689
 14. Threron G et al. Feasibility, accuracy, and clinical effect of point-of-care Xpert MTB/RIF testing for tuberculosis in primary-care settings in Africa: a multicentre, randomised, controlled trial. The Lancet 2014;383(9915):424-435. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62073-5
 15. Muyoyeta M, et al. Implementation Research to Inform the Use of Xpert MTB/RIF in Primary Health Care Facilities in High TB and HIV Settings in Resource Constrained Settings. PLOS ONE 2015;10(9):e0137934. doi: 10.1371/journal.pone.0137934
 16. Putera I, Pakasi TA, Karyadi E. Knowledge and perception of tuberculosis and the risk to become treatment default among newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients treated in primary health care, East Nusa Tenggara: a retrospective study. BMC Research Notes 2015;8:238. doi: 10.1186/s13104-015-1209-6