

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DA TUBERCULOSE EM RONDÔNIA: 2015 A 2019

CHARACTERIZATION OF THE SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF TUBERCULOSIS IN RONDÔNIA: 2015 TO 2019

KATRY DE CARVALHO LOPES¹, CAROLINA ROSA SÁVIO², THAINÃ LOBO SILVA³, THAYANNE PASTRO LOTH⁴

1. Graduada no curso de enfermagem pelo centro universitário de Cacoal UNIFACIMED; 2.– Graduada do curso de enfermagem pelo centro universitário de Cacoal UNIFACIMED; 3. Graduada do curso de enfermagem pelo centro universitário de Cacoal UNIFACIMED; 4. Orientadora Docente do Curso de Bacharel em Enfermagem no centro universitário de Cacoal - UNIFACIMED. Mestre em saúde pública pela Universidade Federal do Ceará (2017); Especialista em didática do ensino superior.

*Rua Antônio Deodato Durce, 3291, B. Floresta, Cacoal, Rondônia, Brasil. CEP:76965-740. katrykeith@gmail.com

Recebido em 20/04/2022. Aceito para publicação em 002/05/2022

RESUMO

Tuberculose (TB) é uma patologia que ocasiona uma infecção crônica nos pulmões (TB pulmonar), também pode se espalhar por vários órgãos do corpo (TB extrapulmonar). Seu contágio se dá quando aerossóis contaminados com a bactéria são expelidos através da fala, tosse e do espirro. Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos diagnosticados com TB em Rondônia-RO, de 2015 a 2019. Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa e de caráter descritivo, que analisou as características sociodemográficas e clínicas dos casos diagnosticados com TB em RO, notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN entre 2015 a 2019. O estudo respeitou os critérios éticos da resolução 466/2012 e foi desenvolvida a partir da aprovação junto ao CEP sob o parecer 4.838.856. Após a pesquisa, verificou-se o predomínio de TB nos anos de 2016 e 2017, que, juntos, somaram 1.532 casos (42,72%). Averiguou-se o predomínio em homens - 2.615 casos (73%), cor parda - 2.389 casos (66,62%), nas pessoas de faixa etária entre 25 a 34 anos - 972 casos (27,10%), residentes de zona urbana - 2.648 casos (73,85%), ensino fundamental incompleto - 1.548 casos (43,16%) casos. Houve 2.850 (79,50%) casos novos sendo 2.986 (83,26%) na forma pulmonar. Quanto aos critérios de confirmação laboratorial, 2.449 (68,30%) foram confirmados por meio de exames, sendo 1.950 (54,40%) baciloscopia positivo, 2.771 (77,30%) não realizaram a cultura de escarro, 2.172 casos (60,56%) não realizaram o TRM-TB, 847 (23,61%) não realizaram o teste de sensibilidade. Quanto ao HIV, 385 (10,73%) indivíduos obtiveram resultados positivos e 546 (15,22%) não foram testados. Situação de encerramento, 2.464 (68,71%) obtiveram cura, 710 (19,80%) abandonaram o tratamento e 22 (0,61%) TB-DR. Conclui-se que deve haver uma melhoria no manejo clínico e orientações prestadas ao paciente e se espera que os resultados deste estudo proporcionem reflexões nos profissionais de saúde e propicie auxílio às equipes para que ocorram melhorias nas ações de saúde e além da prevenção e cura da TB.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose, perfil sociodemográfico e clínico, mycobacterium tuberculosis.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is a pathology that causes a chronic infection in the lungs (pulmonary TB), it can also spread to various organs of the body (extrapulmonary TB). Its contagion occurs when aerosols contaminated with the bacteria are expelled through speech, coughing and sneezing. This study aimed to characterize the sociodemographic and clinical profile of cases diagnosed with TB in Rondônia-RO, from 2015 to 2019. This is a cross-sectional, quantitative and descriptive research that analyzed the sociodemographic and clinical characteristics of the diagnosed cases with TB in RO, notified in the SINAN Notifiable Diseases Information System between 2015 and 2019. The study complied with the ethical criteria of resolution 466/2012 and was developed after approval by the CEP under opinion 4,838,856. After the research, there was a predominance of TB in the years 2016 and 2017, which together totaled 1,532 cases (42.72%). There was a predominance in men - 2,615 cases (73%), brown color - 2,389 cases (66.62%), in people aged between 25 and 34 years - 972 cases (27.10%), residents of urban - 2,648 cases (73.85%), incomplete primary education - 1,548 cases (43.16%) cases. There were 2,850 (79.50%) new cases, of which 2,986 (83.26%) were in the pulmonary form. As for the laboratory confirmation criteria, 2,449 (68.30%) were confirmed by means of exams, of which 1,950 (54.40%) were positive for smear microscopy, 2,771 (77.30%) did not undergo sputum culture, 2,172 cases (60.56%) did not perform the TRM-TB, 847 (23.61%) did not perform the sensitivity test. As for HIV, 385 (10.73%) individuals were positive and 546 (15.22%) were not tested. In the closing situation, 2,464 (68.71%) were cured, 710 (19.80%) abandoned treatment and 22 (0.61%) DR-TB. It is concluded that there must be an improvement in the clinical management and guidelines provided to the patient and it is expected that the results of this study provide reflections in health professionals and provide assistance to the teams for improvements in health actions and beyond the prevention and cure of the disease.

KEYWORDS: Tuberculosis, sociodemographic and clinical profile, mycobacterium tuberculosis.

1. INTRODUÇÃO

Tuberculose (TB) é uma patologia que ocasiona uma infecção crônica nos pulmões (TB pulmonar), podendo se espalhar para praticamente todos os órgãos do corpo (TB extrapulmonar), causada por uma bactéria do gênero *Mycobacterium*, e a espécie *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) é a mais comum, seu contágio se dá quando aerossóis contaminados com a bactéria são expelidos através da fala, tosse e do espirro¹.

Espalhada no mundo inteiro, a TB acomete 1/3 da população mundial e cerca de 10 milhões de pessoas evoluíram com TB, ocasionando 2 milhões de mortes³. Calcula-se que 10 milhões de indivíduos foram afetados pela TB em 2017 e a patologia causou aproximadamente 1,3 milhões de óbitos e por volta de 300.000 óbitos ocorreram em pessoas portadoras de doenças imunossupressoras³. No Brasil, neste mesmo período, o Ministério da Saúde (MS) comunicou que a TB provocou 4.426 mortes e 72.770 novos casos⁴. No período estudado, foram confirmados 3.586 casos de TB só no Estado de Rondônia⁵.

A tosse, com ou sem eliminação de secreção, quando se estende por mais de duas semanas, deve ser valorizada para o diagnóstico precoce da enfermidade. Febre baixa e vespertina, sudorese noturna abundante e rápido emagrecimento são os principais sintomas que indicam a possibilidade da doença. Para confirmação do diagnóstico se faz necessário a realização dos exames de bacilos álcool - ácido resistentes (BAAR), teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), cultura no escarro, radiografia de tórax e até mesmo tomografia computadorizada (TC)².

O esquema básico para tratamento da TB em adultos e adolescentes no Brasil, é composto por quatro fármacos na fase intensiva e dois na fase de manutenção. Atualmente a apresentação farmacológica dos medicamentos em uso é de comprimidos em doses fixas combinadas com a apresentação tipo 4 em 1 (RHZE) ou 2 em 1 (RH)⁴.

As principais medidas de prevenção e controle da TB são: a identificação precoce de casos suspeitos e tratamento adequado dos casos confirmados, a vacina *Bacillus Calmette Guérin* (BCG) (que previne as formas mais graves da TB), a identificação e tratamento da infecção latente da tuberculose, o controle de contatos e também as medidas de controle de infecção por aerossóis em serviços de saúde⁴.

O controle de contatos identifica pessoas recém-infectadas pelo bacilo, as quais apresentam um grande risco de desenvolver TB ativa, no período de 2-5 anos após adquirir a infecção. As pessoas expostas a pacientes com TB pulmonar devem ser avaliadas de forma sistemática, com uma abordagem eficaz e orientada para a busca ativa de novos casos, e para detecção de pessoas recém-infectados no campo de ação dos programas de controle da tuberculose⁴.

A realização do controle de contatos é feita fundamentalmente pela Atenção Básica, inclusive em

situações que o caso índice esteja em acompanhamento clínico em serviços de referência. Estudos realizados no Brasil mostram que 3,5% a 5,5% dos membros da família ou dos contatos próximos a uma pessoa com TB já obtinham a doença prévia não diagnosticada. Esses achados evidenciam que a investigação de contato pode resultar na identificação precoce de casos e na diminuição da transmissão da doença⁴.

O presente estudo torna-se relevante devido à discussão e ao levantamento de dados referentes ao tema, no intuito, de entender e compreender o perfil dos grupos sociais e populacionais de pacientes com quadro de TB, e identificar se houve aumento ou diminuição das notificações de TB em Rondônia. Considerando que a TB relaciona-se com as desigualdades sociais, é importante que as ações de intervenção estejam ancoradas, não apenas no retrato clínico-epidemiológico, mas também sociodemográfico da população, com propósito de tornar as ações pertinentes e efetivas, deste modo, o objetivo do estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas com tuberculose em Rondônia, no período entre 2015 e 2019.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa e de caráter descritivo. A pesquisa é composta por pessoas diagnosticadas no estado de Rondônia no período de 2015 a 2019 e foi realizada a partir de dados secundários coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), através do DataSUS⁵.

A pesquisa foi executada em três etapas, sendo que, na primeira, foi elaborado o projeto de pesquisa e encaminhado ao CEP, posteriormente à aprovação, realizou-se a segunda etapa do estudo, de onde foram extraídas as variáveis sociodemográficas e clínicas que compõem as fichas de notificação lançadas no SINAN-DataSUS⁵, sendo estas as informações: ano de notificação; município de notificação; sexo; raça; faixa etária; zona de residência; escolaridade; e sendo estas as informações clínicas: tipo de entrada da doença; forma da doença; cultura; alcoolismo; diabetes; tabagismo; HIV/Aids; baciloscopias do 2º mês; 1º escarro; confirmação laboratorial; teste rápido molecular; TDO e situação de encerramento. Critério de inclusão: ser diagnosticado com tuberculose de todas as faixas etárias, ambos os gêneros e notificados no banco de dados do SINAN no período de 2015 a 2019. Critério de exclusão: como critério de exclusão, serão levadas em conta as fichas de notificação ignoradas. Após a coleta de dados, foram contabilizados 3.586 casos de TB notificados, e, a partir deste resultado, foi realizada a terceira etapa da pesquisa, na qual foram agrupadas as variáveis e foram realizados cálculos estatísticos de frequência relativa e absoluta através dos programas Office Excel e Word, obtendo-se, assim, os resultados que atenderam aos objetivos específicos desta pesquisa.

O presente estudo foi realizado no ano de 2021 por

meio da coleta de informações no banco de dados SINAN⁵, com informações secundárias, no qual não se faz uso de dados de identificação pessoal. A pesquisa não ocasionou transtornos ou desconfortos, pois não houve contato direto com os pesquisados. O estudo respeitou os critérios éticos da resolução 466/2012 e foi desenvolvida a partir da aprovação junto ao CEP sob o parecer do CAAE 4.838.856.

3. RESULTADOS

No período de 2015 a 2019, foram notificados, no estado de Rondônia, 3.586 casos de TB entre a população. Segundo o último censo do IBGE, de 2010³⁴, o estado contava com uma população de 1.562.409 pessoas. Os anos que obtiveram mais diagnósticos de TB foram 2016 e 2017, que, juntos, somaram 1.532 (42,72%) casos, conforme apresentado na Figura 1.

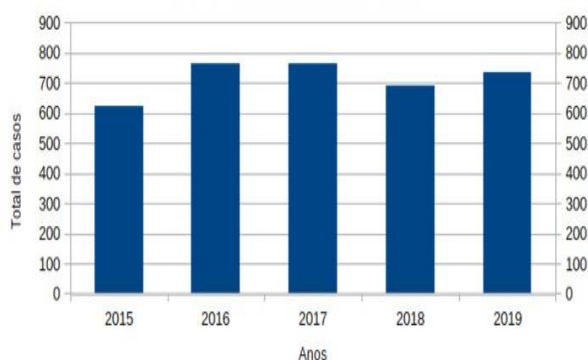


Figura 1. Casos de Tuberculose no estado de Rondônia, período de 2015 a 2019.

O estado de Rondônia conta com 52 municípios, dentre eles, os que apresentaram os maiores números de notificações de TB, correspondente ao período pesquisado, foram Porto Velho com 2.405 casos (67,06%), Ariquemes com 193 (5,38%) casos, Jiparaná com 177 casos (4,93%), Cacoal com 111 casos (3,09%), Guajará-Mirim com 99 casos (2,76%), Vilhena com 86 casos (2,39%), Jaru com 47 casos (1,31%) e Candeias do Jamari com 43 casos (1,19%); estes municípios totalizaram 3.161 casos (88,11%).

Na Tabela 1, observa-se que, quanto às variáveis sociodemográficas, averiguou-se o predomínio em homens, com 2.615 casos (73%). Na variável raça, a cor parda com 2.389 casos (66,62%) e a branca 690 casos (19,25%). Em relação à variável faixa etária, 972 dos casos (27,10%) foram em adultos jovens, de 25 a 34 anos. Na variável Zona de residência, 2.648 dos casos (73,85%) foram na zona urbana. Quanto à escolaridade, chama a atenção que 1.548 pessoas (43,16%) tinham o ensino fundamental incompleto e 496 casos (13,83%) foram ignorados ou consta informação em branco.

No que se refere às variáveis clínicas, houve 2.850 (79,50%) casos novos, 383 (10,68%) reingressos após abandono e 234 (6,52%) casos de recidiva. Relacionado às formas clínicas 2.986 (83,26%) foram pulmonar, 489 (13,65%) extrapulmonar e 111 (3,09%)

pulmonar + extrapulmonar.

Tabela 1. Descrição do perfil sociodemográfico da Tuberculose, notificados no Estado de Rondônia, 2015 a 2019.

VARIÁVEL	Nº	%
Sexo		
Feminino	971	27%
Masculino	2615	73%
Raça		
Branca	690	19,25%
Preta	306	8,53%
Amarela	47	1,31%
Parda	2389	66,62%
Indígena	80	2,23%
Ign/Branco	74	2,06%
Faixa etária		
0 a 14 anos	79	2,20%
15 a 24 anos	647	18,05%
25 a 34 anos	972	27,10%
35 a 44 anos	673	18,75%
45 a 54 anos	534	14,90%
55 a 64 anos	363	10,15%
65 anos ou +	318	8,85%
Zona de residência		
Urbana	2648	73,85%
Rural	641	17,87%
Peri urbana	247	6,88%
Ign/Branco	50	1,40%
Escolaridade		
Analfabeto	239	6,66%
Ensino fundamental incompleto	1548	43,16%
Ensino fundamental completo	392	10,93%
Ensino médio incompleto	254	7,10%
Ensino médio completo	410	11,43%
Educação superior incompleta	85	2,37%
Educação superior completa	129	3,60%
Não se aplica	33	0,92%
Ign/Branco	496	13,83%

Fonte: Sávio; Silva; Lopes; Loth, 2021.

Para a investigação de HIV, 385 (10,73%) indivíduos obtiveram resultados positivos e 546 (15,22%) não foram testados. Dos 3.586 casos notificados, 282 (7,85%) correspondem a diabéticos, 578 (16,10%) eram alcoólatras e 702 (19,60%) tabagistas. Referente ao tratamento diretamente observado TDO, destaca-se que 2.244 (62,57%) não foram realizados e 799 (22,28%) foram ignorados ou consta informação em branco. Relativo à situação de encerramento, 2.464 casos (68,71%) obtiveram cura, 710 casos (19,80%) abandonaram o tratamento e 22

casos (0,61%) TB-DR.

Tabela 2. Descrição do perfil clínico da tuberculose, notificados no estado de Rondônia entre 2015 a 2019.

VARIÁVEL	Nº	%
Tipo de entrada		
Caso novo	2850	79,50%
Recidiva	234	6,52%
Reingresso após abandono	383	10,68%
Não sabe	1	0,02%
Transferência	115	3,20%
Óbito	3	0,08%
Forma		
Pulmonar	2986	83,26%
Extrapulmonar	489	13,65%
Pulmonar + Extrapulmonar	111	3,09%
HIV		
Positivo	385	10,73%
Negativo	2627	73,25%
Em andamento	28	0,80%
Não realizado	546	15,22%
Alcoolismo		
Sim	578	16,10%
Não	2830	78,95%
Ign/Branco	178	4,95%
Diabetes		
Sim	282	7,85%
Não	3119	87%
Ign/Branco	185	5,15%
Tabagismo		
Sim	702	19,60%
Não	2688	74,95%
Ign/Branco	196	5,45%
TDO		
Sim	543	15,15%
Não	2244	62,57%
Ign/Branco	799	22,28%
Situação encerrada		
Cura	2464	68,71%
Abandono	710	19,80%
Óbito por tuberculose	34	0,95%
Óbito por outras causas	76	2,11%
Transferência	151	4,21%
TB-DR	22	0,61%
Mudança de esquema	31	0,85%
Falência	3	0,10%
Abandono primário	4	0,11%
Ign/Branco	91	2,55%

Fonte: Sávio; Silva; Lopes; Loth, 2021.

Para fins diagnósticos, dos 3.586 casos de TB, 2.449 (68,30%) tiveram confirmação laboratorial e 1.137 (31,70%) não confirmaram. Quanto à primeira baciloscopia obteve-se 1.950 (54,40%) resultados positivos, 833 (23,22%) tiveram resultado negativo e 712 (19,85%) não realizaram o exame. Já na segunda amostra, 150 (4,18%) casos positivos, 1.054 (29,40%) não foram realizados o teste e 887 (24,73%) foram ignorados/branco. Concernente à cultura de escarro, 2.771 (77,30%) dos casos não realizaram o exame e quanto TRM-TB 1.025 casos (28,60%) apresentaram sensibilidade à Rifampicina e 2.172 casos (60,56%) não realizaram o teste. Relativo à variável teste de sensibilidade destacou-se 2419 (67,45%) Ign/Branco e 847 (23,61%) não realizado.

4. DISCUSSÃO

No presente estudo, verificou-se que os municípios do Estado, nos anos de 2016 e 2017 notificaram juntos 1.532 casos (42,72%), o que coincide com os estudos realizados por Moura (2018)⁶, na capital do Estado (Porto Velho) onde as maiores incidências de casos ocorreram neste mesmo período.

Tabela 3. Descrição do método de confirmação laboratorial da tuberculose, notificado no Estado de Rondônia entre 2015 a 2019.

VARIÁVEL	n	%
Confirmação laboratorial		
Com confirmação laboratorial	2449	68,30%
Sem confirmação laboratorial	1137	31,70%
1º bac. Escarro		
Positivo	1950	54,40%
Negativo	833	23,22%
Não realizado	712	19,85%
Não se aplica	91	2,53%
Cultura		
Positivo	455	12,70%
Negativo	232	6,45%
Em andamento	128	3,55%
Não realizado	2771	77,30%
Teste rápido Molecular		
Detect. Sensível rifamp	1025	28,60%
Detect. Resistente rifamp	23	0,64%
Inconclusivo	56	1,56%
Não detectável	231	6,44%
Não realizado	2172	60,56%
Ign/Branco	79	2,20%
Baciloscopia do 2º mês		
Positivo	150	4,18%
Negativo	986	27,50%
Não realizado	1054	29,40%
Não se aplica	509	14,19%
Ign/Branco	887	24,73%
Casos confirmados por teste de sensibilidade		
Resist Rifampicina	4	0,11%
Resist isoniazida	5	0,14%
Resist Rifa e Ison	4	0,11%
Resist drogas 1º linha	11	0,30%
Sensível	250	7%
Em andamento	46	1,28%
Não realizado	847	23,61%
Ign/Branco	2419	67,45%

Fonte: Sávio; Silva; Lopes; Loth, 2021.

As microrregiões estudadas que obtiveram os maiores números de notificações dentro dos respectivos anos foram, em primeiro lugar, a capital Porto Velho, seguida pelos municípios de Ariquemes e Ji-Paraná que juntos somaram 77,37 %. Se comparado ao estudo realizado entre 2010 e 2015⁷, nota-se que também houve uma prevalência da doença nas microrregiões de Porto Velho, Cacoal e Ji-Paraná diferindo apenas o município de Cacoal, que obteve a segunda colocação. Já em outro estudo⁸, a maior incidência de casos também foi na capital do Estado, e esse achado pode se justificar tanto pela população ser maior, quando comparada a outras cidades, e também porque o município apresenta grande taxa de abandono de tratamento, fator que colabora com a transmissão ativa da doença.

Quanto às variáveis sociodemográficas, este estudo apresentou predomínio do sexo masculino com 2.615 (73%) de casos, 972 (27,10%) entre 25 e 34 anos, 2.389 (66,62%) de cor parda e 1.548 (43,16%) não concluíram o ensino fundamental. Em estudos anteriores^{7,8} realizado em Alagoas e em Rondônia¹⁰, apresentaram resultados semelhantes a este estudo. O

predomínio do sexo masculino se justifica pelo fato de os homens adoecerem com maior facilidade visto que seu comportamento é mais propenso a riscos, uma vez que possuem uma menor frequência em redes de saúde para prevenção e cuidado de patologias, o que agrava o processo de saúde/doença.

No estudo de Basta *et al.* (2013)¹¹, realizado no Mato Grosso do Sul, os pardos apresentaram os piores resultados no tratamento, pois apresentaram chance de abandono duas vezes maior. Oliveira & San Pedro (2013)¹², revela em seu estudo que, os indicadores socioeconômicos referentes aos baixos níveis de escolaridade podem elevar a suscetibilidade à tuberculose ao refletir sobre a falta de informação que é dada, pelo auxílio proveniente do conhecimento e ao serviço de saúde. Pode - se observar que o perfil do paciente bacilífero é do sexo masculino, com idade entre 25-34 anos, de cor parda e com ensino fundamental incompleto que se assemelha com os resultados encontrados neste estudo e de outros achados.

Um estudo realizado em Rondonópolis-MT¹³ observou que dos 134 casos, 119 (90%) residiam na zona urbana, o que, coincide com Macedo *et al.* (2018)¹⁴, que dizem que a patologia se encontra em todas as zonas, contudo a maior incidência ocorreu na zona urbana, o que se assemelha aos resultados deste estudo. Tal fato é justificável, devido ao maior número de habitantes em zona urbana quando comparada à zona rural. Queiroga et al. (2012)¹⁵, afirmam em sua pesquisa que a desigualdade social pode justificar a incidência das maiores taxas nas regiões, social e economicamente, mais vulneráveis, por ter como características o alto índice populacional e densidades demográficas elevadas.

No que tange à forma de entrada dos casos, os resultados encontrados nos estudos realizados no Maranhão¹⁶, se assemelham com os resultados deste estudo, onde notificaram 87,4% de casos novos, 6,1% recidivas e 6,5% reingresso após abandono. De acordo com o Boletim epidemiológico de Tuberculose (2021), registraram-se 66.819 casos novos, o que se justifica pela falta de conhecimentos dos indicadores epidemiológicos que são fundamentais para o planejamento de ações que objetivam o controle desta patologia. Além disso, também se justifica pela transmissão ativa da patologia que ocorre através da fala, espirro ou tosse nos quais são lançados no ar partículas de aerossóis que contêm os bacilos, desta forma o contato direto e indireto com tal agente ocasiona a doença. Ademais, predispõe para o aumento da TB, indivíduos de baixa renda nas quais residem de forma aglomerada em local pequeno e mal ventilado, a existência de vícios como o tabagismo o qual prejudica e reduz a função do pulmão e indivíduos imunodeprimidos os quais possuem um mecanismo de defesa comprometidos, a exemplo de portadores de HIV⁴.

Quanto às formas clínicas, os estudos de outros autores Belo *et al.* (2013)¹⁷, realizados no Amazonas e,

realizado em Rondônia⁷, elucidam os resultados deste estudo, pois também apresentaram mais casos na forma clínica pulmonar, o que é justificável pelo fato de a patologia possuir sua principal porta de entrada por via respiratória. Ademais, é um órgão cuja a concentração de oxigênio é grande, o que é a preferência para o bacilo da TB se alojar, visto que é uma bactéria aeróbica⁴.

Para fins diagnósticos, dos 3.586 casos de TB, 68,30% tiveram confirmação laboratorial e os resultados de Guedes *et al.* (2020)¹⁸, corroboram com este estudo. Segundo a OMS (2006)¹⁹, os testes que permitem o diagnóstico devem ser implementados sempre que possível. Quanto à baciloscopia⁹, explica-se que os resultados positivos são os casos transmissores da doença, por isso a importância da realização do exame. No que se refere a não realização do exame, houve uma alta taxa de pessoas que não realizaram o teste, mesmo este sendo o principal método para o diagnóstico do doente bacilífero, o que se assemelha aos resultados desta pesquisa. Além disso, dentro da variável destaca-se que houve um alto percentual de ignorados/branco, o que indica uma baixa adesão ao método diagnóstico prioritário⁹.

A cultura é um método utilizado para a identificação da TB, principalmente nos casos de baciloscopia negativa, pois é um exame sensível e muito específico que pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença⁴. Silva *et al.* (2019)¹⁰, diz em seu estudo, também, que a cultura de escarro é padrão ouro tratando-se da alta sensibilidade e especificidade no diagnóstico da Tb, entretanto, não diferencia a espécie de Bacilo Álcool-Ácido Resistente (BAAR) detectada, nem especifica os bacilos vivos dos mortos, além de apresentar demora de 6 a 8 semanas para o resultado do exame. Em outro estudo, apontou-se que 730 (91,2%) dos casos não efetivaram a cultura de escarro, o que corrobora com o resultado deste estudo, no qual 2.771(77,30%) não foram submetidos ao exame, demonstrando uma baixa adesão a esse método diagnóstico¹⁰.

Malacarne *et al.* (2019)²⁰, diz em sua pesquisa, que o TRM-TB pode ser essencial em locais de difícil acesso, com recursos limitados e com alto índice de tuberculose, pois, possui como vantagens o fácil manuseio e o acesso rápido ao resultado. Neste estudo, verificou-se que o TRM deixou de ser realizado em 2.172 pessoas (60,56%) e, 1.025 (28,60%) dos casos em que o exame foi realizado houve sensibilidade à rifampicina, fato este que coincide com os estudos de Santos (2019) em que este deixou de ser realizado em (41,5%) dos casos e (9,05%) foram detectados como sensíveis à rifampicina.

De acordo com Casela et al. (2018)²¹, mediante condições de realização de rotina, o TRM-TB teve uma repercussão considerável no aumento da identificação de casos, que obtiveram resultados negativos na baciloscopia em casos de TB. Conforme Cerny (2016)²², as maneiras atuais de se realizar um diagnóstico para TB possuem a limitação tempo, a

exemplo da cultura, uma vez que podem levar até 60 dias para se obter um resultado, o diagnóstico é necessário para se evitar o ciclo de transmissão reduzindo desta forma os elevados índices de TB na população, o que justifica a importância da realização do TRM uma vez que é um dos métodos mais rápidos de diagnosticar a TB. Ademais, ele também identifica a resistência à rifampicina (RIF), que, se positiva e não identificada, retarda o processo de cura, visto que diferem os meios de tratamento.

Neste estudo destacou-se na variável teste de sensibilidade Ign/Branco (67,45%) e não realizado (23,61%). Segundo Dalcolmo (2012)²³ e Barreira (2018)²⁴, um precoce diagnóstico e adequado tratamento com as doses corretas ao quadro clínico do paciente, resultam em um sucesso terapêutico e no controle da tuberculose. Tendo isto em vista, torna-se notório que é essencial a realização do teste de sensibilidade, uma vez não realizado em pacientes tuberculinicos, o mesmo consequentemente se sensível será submetido a um tratamento ineficaz, no qual o indivíduo tuberculínico terá seu quadro clínico e transmissibilidade da patologia prolongados.

Em relação à investigação de HIV os estudos de Magno *et al.* (2017)²⁵, e de Oliveira *et al.* (2018)²⁶, ressaltam que o HIV eleva o risco do desenvolvimento de TB em um percentual de 20 vezes, por isso é de extrema importância a realização do teste de HIV em indivíduos suspeitos, devido ao alto índice de detecção do vírus em pacientes tuberculinicos. Além disso, a coinfeção modifica a apresentação clínica da TB, assim como, seu tempo de tratamento e resistência a drogas utilizadas para tratá-la²⁷.

Quanto a outras comorbidades, foram encontrados 9% de diabéticos, 30% alcoólatras e 28% tabagistas²⁸. De acordo com de Oliveira RL, *et al.* (2020)²⁸ a variável tabagismo, também se demonstra um fator relevante, uma vez que em sua pesquisa, constatou-se que a taxa de mortalidade de TB em fumantes, se mostra maior comparado a não fumantes.

Referente à variável TDO, destaca-se que 62,57% não foram realizados, dentre os que possuíam alta cobertura, houve uma melhor organização nos serviços de controle da TB³⁰. A Organização Mundial da Saúde (2006)¹⁹ orienta que seja realizado TDO em todos os tuberculinicos, além disso, desde 1994, a OMS acredita que a realização do TDO aumentaria significativamente as taxas de cura e diminuiria os abandonos do tratamento, contudo, o que se observa é que o TDO ainda não é uma realidade.

Na situação de encerramento, nota-se que de 2.464 (68,71%) obtiveram cura e ao comparar com o estudo de Oliveira *et al.* (2018)³¹, observa-se maior número de cura enquanto 19,80% dos casos abandonaram o tratamento. Segundo Lima *et al.* (2018)³² e Sá *et al.* (2017)³³, o abandono ocorre devido a fatores como desemprego, abuso de álcool e principalmente pela falsa sensação de cura, relacionada ao primeiro mês de tratamento, o que se torna um grave problema para a saúde pública.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que, mesmo com a facilidade de acesso à informação sobre a tuberculose, medidas profiláticas, exames diagnósticos e o TDO, os quais possibilitam a cura, pode-se perceber por meio deste estudo, que a TB ainda é um grave problema de saúde pública, apresentando uma incidência expressiva no quantitativo de casos de TB, durante o período estudado no Estado de Rondônia.

Com base nos resultados, tanto em relação as questões sociodemográficas quanto clínicas, juntamente com a defasagem na realização dos meios de diagnósticos, notificações com preenchimento incompleto, e o abandono ou a não aplicação do TDO, indica que deve haver uma melhoria quanto ao manejo clínico e às orientações prestadas ao paciente. Espera-se que os resultados deste estudo proporcionem reflexões nos profissionais de saúde e propicie auxílio às equipes para que haja melhoria nas ações de saúde, prevenção e cura da TB.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Bonini EH, Massabni AC. Tuberculose: história e evolução dos tratamentos da doença. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, v. 22, n. 2, p. 6-34, 2019.
- [2] Siqueira HR. Enfoque clínico da tuberculose pulmonar. *Pulmão RJ*, v. 21, n. 1, p.15-18, 2012.
- [3] World Health Organization (WHO). *Global Tuberculosis Report 2018*, França, 2018.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- [5] Sistema De Informação De Agravos De Notificação SINAN. Tuberculose - Notificações Registradas: banco de dados. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan>> Acesso em: 23 Mar. 2021.
- [6] Moura MCC. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com tuberculose, em Porto Velho-RO, entre 2013 a 2017. 2018.
- [7] Amaral CC, Ximenes JC. Levantamento epidemiológico da tuberculose no estado de Rondônia entre os anos de 2010 a 2015. 2016.
- [8] Nascimento FLM. Levantamento dos casos de tuberculose no estado de Rondônia no período de 2013 a 2017. 2018.
- [9] Tavares CM, *et al.* Tendência e caracterização epidemiológica da tuberculose em Alagoas, 2007-2016. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, p. 107-115, 2020.
- [10] Silva LT, *et al.* Perfil epidemiológico da tuberculose no serviço de referência do estado de Rondônia. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 9, n. 1, 2019.
- [11] Basta PC, *et al.* Desigualdades sociais e tuberculose: análise segundo raça/cor, Mato Grosso do Sul. *Revista de saúde pública*, v. 47, p. 854-864, 2013.
- [12] Oliveira RMD, San Pedro A. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 33, p. 294-301, 2013.
- [13] Gardenghi G, Moraes MG. Perfil epidemiológico de indivíduos com tuberculose pulmonar no município de

- Rondonópolis-MT. Revista eletrônica saúde e ciência, v. 5, n. 2, p. 7-24, 2015.
- [14] Macedo JL, Oliveira ASDSS, Pereira IC, *et al.* Perfil epidemiológico da tuberculose em um Município do Maranhão. *Revista Ciência & Saberes-UniFacema*, v. 3, n. 4, p. 699-705, 2018.
- [15] Queiroga RPF, Sá LDD, Nogueira JDA, *et al.* Distribuição espacial da tuberculose e a relação com condições de vida na área urbana do município de Campina Grande-2004 a 2007. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, p. 222-232, 2012.
- [16] Silva TC, *et al.* Fatores associados ao retratamento da tuberculose nos municípios prioritários do Maranhão, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 4095-4104, 2017.
- [17] Belo EN *et al.* Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 34, p. 321-329, 2013.
- [18] Guedes DRS, *et al.* Avaliação do perfil epidemiológico da tuberculose e a sua coinfeção TB-HIV nos estados da Paraíba e Rio Grande do Norte. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 1, p. 441-456, 2020.
- [19] Organização Mundial Da Saúde. A Estratégia Stop TB. 2006. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/2006/stoptb_strategy_por.pdf>.
- [20] Malacarne J. *et al.* Desempenho de testes para o diagnóstico de tuberculose pulmonar em populações indígenas no Brasil: a contribuição do Teste Rápido Molecular. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 45, 2019.
- [21] Casela M, Cerqueira SMA, Casela TDO, *et al.* Teste rápido molecular para tuberculose: avaliação do impacto de seu uso na rotina em um hospital de referência. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 44, p. 112-117, 2018.
- [22] Cerny MEV. Avaliação da implementação do Teste Rápido Molecular para a Tuberculose GeneXpertMTB/RIF no Programa de Controle da Tuberculose da Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC. 2016.
- [23] Dalcolmo MP. Tratamento da tuberculose sensível e resistente. *Pulmão RJ*, v. 21, n. 1, p. 55-9, 2012.
- [24] Barreira D. Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, p. e00100009, 2018.
- [25] Magno EDS, *et al.* Fatores associados à coinfeção tuberculose e HIV: o que apontam os dados de notificação do Estado do Amazonas, Brasil, 2001-2012. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00019315, 2017.
- [26] Oliveira LB, *et al.* Análise epidemiológica da coinfeção tuberculose/HIV. *Cogitare Enfermagem*, v. 23, n. 1, 2018.
- [27] Santos Neto M, *et al.* Perfil clínico e epidemiológico e prevalência da coinfeção tuberculose/HIV em uma regional de saúde no Maranhão. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 38, p. 724-732, 2012.
- [28] Carvalho IMS, De Deus Filho A. Perfil epidemiológico dos pacientes com tuberculose em Hospital Universitário de Teresina-PI. *Jornal de Ciências da Saúde do Hospital Universitário da UFPI*, v. 1, n. 1, p. 51-60, 2018.
- [29] Oliveira RL, *et al.* Relatos de uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas entre pacientes em tratamento para tuberculose. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 5, p. 14866-14877, 2020.
- [30] Yamamura M, *et al.* Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas, São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 35, p. 270-277, 2014.
- [31] Oliveira MSR, *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose no estado do Maranhão nos anos de 2012 a 2016. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, v. 4, 2018.
- [32] Lima FDJD *et al.* Fatores relacionados ao abandono de tratamento da tuberculose. In: 13º Congresso Internacional Rede Unida. 2018.
- [33] Sá AMM, *et al.* Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose. *Rev Soc Bras Clin Med*, v. 15, n. 3, p. 155-160, 2017.
- [34] IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Acesso em: 06/09/2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ro.html>.