

# DESCRIÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE EM PESSOAS INSTITUCIONALIZADAS<sup>1</sup>

**Dalva Cezar da Silva<sup>2</sup>**  
**Teresinha Heck Weiller<sup>2</sup>**  
**Elaine Miguel Delvivo Farão<sup>2</sup>**

## RESUMO

Objetiva-se descrever os casos de tuberculose (TB) em pessoas que vivem em instituições, tais como presídio, lares de idosos e albergues. Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. Realizado no Serviço de referência em Tuberculose de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, no período de 1999 a 2008. Foram encontrados 57 casos, sendo que 41 (70,9%) desses correspondem a população do presídio regional existente no município. Identificou-se 47 casos no sexo masculino, 30 (52,6%) apresentaram resultado negativo de exames para HIV. Ressalta-se que, dos 21 (36,8%) casos com HIV/TB, 14 foram registrados no presídio. A forma clínica pulmonar ocorreu em 42 (73,7%). Apresentação do maior índice de TB na situação prisional revela um relevante problema de saúde pública para o controle da tuberculose.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Tuberculose; Atenção primária à saúde.

<sup>1</sup> Resumo expandido de pesquisa quantitativa.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Centro de Ciências da Saúde – CCS. Departamento de Enfermagem. Sala 1305 – Prédio 26 – Faixa de Camobi, Km 09. Santa Maria, RS – CEP: 97105-900. E-mail: dalvacezarsilva@yahoo.com.br.

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa crônica, transmitida pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch. Os bacilos, medindo apenas dois milésimos de centímetros são transportados por partículas úmidas que ficam pairando no ar e podem permanecer suspensas durante horas prontas para serem inaladas pelo pulmão de uma pessoa. Cada gotícula carrega de um a três bacilos que podem se espalhar através dos sistemas linfáticos e sanguíneos para qualquer órgão do corpo, encontrando-se com maior frequência nos pulmões devido a afinidade do *M. tuberculosis* pelas moléculas de oxigênio (BRASIL, 2006). Segundo Palha (2007), a TB é considerada uma doença antiga, porém de relevância na atualidade, devido a complexidade que confere ao contexto das políticas públicas em diferentes países. Existe um elevado contingente de pessoas acometidas pela infecção a nível mundial, cujos dados apontam para um cenário em que dois bilhões de pessoas já se encontram doentes, oito milhões desenvolverão e 1,8 milhões morrerão por TB (BRASIL, 2006). O Brasil é um dos 22 países que detém 80% da carga mundial de TB e ocupa a 19ª posição em relação ao número de casos e a 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência (WHO, 2009). Estima-se que 85 mil novos casos de TB sejam identificados por ano, com predomínio de indivíduos entre 15 e 54 anos. A distribuição dos casos está concentrada em 315 dos 5564 municípios do país, correspondendo a 70% da totalidade, sendo que, anualmente, ainda morrem cerca de cinco a seis mil pessoas por TB, embora ela seja uma doença curável e evitável (BRASIL, 2006). O adoecimento por TB configura-se em uma emergência sanitária, desafiadora para os formuladores das políticas públicas e profissionais de saúde, pois é uma doença historicamente negligenciada (RUFFINO-NETTO, 2002). Observa-se que o crescente número de casos notificados em pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), vem preocupando as autoridades mundiais. Uma vez que, a associação HIV/TB corrobora o agravamento da morbidade e mortalidade pela tuberculose em vári-

os países (BRASIL, 2006). Nesse contexto, os movimentos migratórios, a crescente desigualdade social e a multirresistência às drogas do tratamento de TB são aspectos que contribuem para a manutenção do quadro atual da doença. Cabe salientar que o adoecimento por TB é revelador de um dos componentes decisivos da inserção do sujeito na macroestrutura da sociedade: a desigualdade social, resultante das condições objetivas de vida, que produz sob a população efeitos concretos, visualizado, principalmente, a partir da miserabilidade, má nutrição, más condições de vida e de educação, subjungando os extratos mais vulneráveis da população (RUFFINO-NETTO, 2002; PALHA, 2007). Além disso, a permanência de casos de TB pode estar associada às condições de vida e de trabalho da população, não aceitação da doença e às falhas no próprio Programa de Controle à TB, bem como às limitações de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, dificuldades para o comparecimento às unidades de saúde (BOWKALOWSKI; BERTOLOZZI, 2010; RUFFINO-NETTO, 2002). Diante do exposto propôs-se a seguinte questão: Qual o conhecimento da dimensão do acesso e acessibilidade nos serviços de saúde por usuários portadores de tuberculose? Partindo dessa problemática, realizou-se a pesquisa intitulada “O acesso de usuários portadores de tuberculose na rede municipal de saúde de Santa Maria/RS”, organizada em seis subprojetos: Georeferenciamento da Rede de Saúde e espacialização dos casos de tuberculose no município de Santa Maria/RS; Acesso geográfico dos usuários portadores de tuberculose no município de Santa Maria; Acessibilidade socio-cultural; Acessibilidade organizacional da rede de assistência aos portadores de tuberculose; Perfil socioeconômico dos portadores de tuberculose no município; e Acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na ótica dos usuários. Nesse resumo, apresentam-se um recorte dos resultados do subprojeto intitulado “Georeferenciamento da Rede de Saúde e espacialização dos casos de tuberculose no município de Santa Maria/RS”, o qual teve como finalidade de georeferenciar as Unidades de Saúde, urbanas e rurais do município, bem como promover a distribuição espacial, por bairros, dos casos de tuberculose ocorridos no período de 1999 a 2008 no município. A partir dessas considerações,

## OBJETIVOS

Descrever os registros de casos de TB em pessoas que vivem em instituições, tais como presídio, lares de idosos e albergues e que foram acompanhados pelo serviço de referência em Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, nesse período de dez anos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. A estratégia de delineamento de estudo chamada de transversal é um método utilizado para descrever características de uma população em uma determinada época. Permite a coleta de todas as informações na mesma oportunidade e apresenta de que maneira uma ou mais características tanto individuais como coletivas, se distribuem em uma determinada população (MEDRONHO, 2004). A pesquisa foi realizada no Serviço de Tisiopneumologia da Secretaria Municipal de Saúde de um município do interior do RS. Esse serviço é referência municipal no controle da TB e centraliza o tratamento e acompanhamento dos casos confirmados da doença no território. Os dados foram coletados no livro de registros e nos prontuários de usuários com TB. A população do estudo foi constituída por todos os casos de TB, acompanhados no serviço. Como critério de inclusão optou-se por todos os casos de TB registrados que iniciaram tratamento no período de 1/1/1999 a 31/12/2008 e morassem de forma institucionalizada. Para evitar erros de retardo de notificação, optou-se por analisar os dados disponíveis até 2008, último ano em que constavam os dados completos. As variáveis utilizadas para o estudo foram: sexo, realização do teste de HIV, forma clínica e situação de encerramento do tratamento. Para a variável sexo usou-se feminino e masculino. A categoria de realização do teste de HIV foi classificada como negativo, positivo, não realizado, e ignorado (quando não informado). A forma clínica da TB foi estratificada em

pulmonar, extra pulmonar, pulmonar e extra pulmonar concomitante, e ignorado (quando não informado). Para a situação de encerramento do tratamento, empregou-se cura, óbito, abandono, falência, transferência, mudança de diagnóstico, e ignorado (quando não informado). As informações foram transcritas em um formulário, codificadas e posteriormente digitadas no programa *Epinfo 6* (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). Foi realizada dupla digitação do banco de dados, duas pessoas digitaram e depois compararam os dados para detecção de erros e inconsistências. Realizou-se o tratamento estatístico e análise descritiva simples dos dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 18.0)*. O estudo atendeu as normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), referente aos aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, sob protocolo nº CAAE 0171.0.243.000-09, e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde em que a pesquisa foi desenvolvida.

## RESULTADOS

Entre 1999 a 2008, foram acompanhados 977 casos de tuberculose no serviço de referência da Secretaria Municipal de Saúde em que o estudo foi desenvolvido. Quanto à existência de casos de TB em pessoas que vivem em instituições, tais como presídio, lares de idosos e albergues foram encontrados 57 casos. Destaca-se, que 41 (70,9%) da ocorrência em pessoas institucionalizadas correspondem a população do presídio regional existente no município, sendo que no ano de 2005 foram registrados a existência de 11 detentos infectados por tuberculose. Quanto a variável sexo foram identificados 47 casos no sexo masculino, sendo a relação razão homem e mulher (H/M) de 4,7. A maior ocorrência de registro no sexo feminino refere-se à instituição de longa permanência para idosos, na qual foi acompanhado 4 casos de tuberculose. Verificou-se que 30 (52,6%) apresentaram resultado negativo

de exames para HIV. No entanto, a comorbidade tuberculose e HIV é demonstrada em 21 (36,8%) casos de exames positivos para HIV. Destaca-se que, 6 (10,5%) casos são ignorados não constando a informação sobre a presença ou não de HIV. Ressalta-se ainda que, dos 21 casos com HIV/TB, 14 foram registrados no presídio. Quanto a forma clínica da TB, a mais frequente foi a pulmonar 42 (73,7%) casos, seguido pela TB extrapulmonar 14 (24,6%) e em 1 (1,7%) dos casos apresentavam as duas formas, pulmonar e extrapulmonar. Em relação a situação de encerramento do tratamento da TB, verificou-se que 47 (82,5%) usuários com tuberculose obtiveram alta do tratamento por cura, 5 (8,8%) casos resultou em óbito, 3 (5,2%) situações de transferência e em 2 (3,5%) registros, houve abandono de tratamento.

## DISCUSSÕES

O presente estudo confirma o potencial de transmissão de TB em espaços fechados, especialmente, nas prisões, o qual é superior à população geral. Essa incidência elevada está relacionada com as condições de confinamento, já que a TB é uma doença de transmissão aérea inter-humana, tem sua disseminação facilitada em ambientes fechados mal ventilados e com aglomeração de pessoas, situação comum encontradas em presídios (SANCHEZ; DIUANA; LAROUZE, 2010). Autores afirmam que em nível mundial, as principais causas para a gravidade da situação atual da tuberculose são: a desigualdade social, o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), o envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios. No Brasil, considerando a evolução da TB como doença prevenível, os investimentos em relação ao seu controle tem sido significativos, porém insuficientes (BOWKALOWSKI; BERTOLOZZI, 2010). Corroborando, Palha (2007) aponta que o cenário revelado por agências internacionais indica o fato de a TB ocupar a liderança mundial, como a principal causa de morte por doença infecciosa entre adultos, apesar dos avanços tecnológicos e de ações de saúde disponíveis para controlá-la e até mesmo erra-

dicá-la. Associam-se a esse quadro as limitações de recursos humanos e financeiros do serviço de saúde nas instituições prisionais, das redes municipais de saúde, que acarretam dificuldades de acesso dos detentos aos serviços públicos de saúde existentes nos municípios. Além disso, no Brasil, os profissionais de saúde ligados ao sistema carcerário consideram a TB um importante problema de saúde entre os detentos, porém sua magnitude é pouco conhecida pela ausência de estudos e de programas específicos de vigilância epidemiológica junto às Secretarias de Saúde da maioria dos estados brasileiros na luta contra a TB nesses cenários (SANCHEZ; DIUANA; LAROUZE, 2010; BRASIL, 2006). Quanto a variável sexo foram identificados 47 casos no sexo masculino, esse achado corrobora com a predominância de tuberculose em que a maioria dos registros de tuberculose é identificada no sexo masculino (BRASIL, 2010). Dessa forma, faz-se necessário maior investimento em políticas públicas que visem a saúde do homem, com ações efetivas que contemplem a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Verificou-se 30 (52,6%) apresentam resultado negativo de exames para HIV, e a comorbidade tuberculose e HIV é demonstrada em 21 (36,8%) casos de exames positivos para HIV. Destaca-se que, 6 (10,5%) casos são ignorados não constando a informação sobre a presença ou não de HIV. Ressalta-se ainda que, dos 21 casos com HIV/TB, 14 foram registrados no presídio. O monitoramento de casos de HIV/AIDS é uma questão importante no controle da TB, uma vez que durante o diagnóstico e tratamento da tuberculose é frequente a descoberta da soropositividade para HIV. A coinfeção HIV-TB exige acompanhamento dos serviços de saúde frente ao potencial de contaminação e agravamento do quadro clínico. Ademais, a TB é a maior causa de morte entre pessoas que vivem com HIV, principalmente relacionadas ao diagnóstico tardio. Salienta-se que uma pessoa com SIDA, devido à imunodeficiência, pode apresentar maior vulnerabilidade e desenvolver a tuberculose em qualquer fase da vida (BOWKALOWSKI; BERTOLOZZI, 2010; BRASIL, 2010; BRASIL, 2006). A cobertura estimada para o Brasil é aproximadamente 70% da testagem para HIV em pessoas que desenvolvem TB (Brasil, 2006), apenas cerca de 50% tem aces-

so ao seu resultado em momento oportuno, com uma prevalência de positividade de 15%. Além disso, a taxa de óbito na coinfeção é de 20%. Em 2008, a TB foi identificada como a primeira causa de morte dos pacientes com SIDA e a quarta causa de morte por doenças infecciosas (BRASIL, 2010). Quanto a forma clínica da TB, a mais frequente foi a pulmonar 42 (73,7%) casos, seguido pela TB extrapulmonar 14 (24,6%) e em 1 (1,7%) dos casos apresentavam as duas formas, pulmonar e extrapulmonar. Essa última forma por ter seus sintomas muitas vezes confundido com de outras doenças, tem seu diagnóstico retardado, o que contribui significativamente para uma piora do prognóstico da doença (BRASIL, 2010). Em relação a situação de encerramento do tratamento da TB, verificou-se que 47 (82,5%) usuários com tuberculose obtiveram alta do tratamento por cura, 5 (8,8%) casos resultou em óbito, 3 (5,2%) situações de transferência e em 2 (3,5%) registros, houve abandono de tratamento. De acordo com Brasil (2006) é recomendado detectar precocemente pelo menos 70% dos doentes existentes e de que 85% deles sejam curados. As informações apresentadas neste estudo sinalizam para a necessidade de ações de saúde que possibilitem a constituição de uma rede de cuidado para realizar a busca ativa, diagnosticar, acompanhar, reforçar e ampliar o tratamento aos portadores de TB no município. A formação da rede de cuidado para o tratamento da tuberculose evidencia-se a precisão de os profissionais de saúde ampliar a visão epidemiológica, para ações preventivas sobre a família e a comunidade, diferenciando da atenção focada apenas no doente (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Também é destacado como estratégia para a diminuição da taxa de incidência, o controle de forma prioritária dos grupos de maiores risco para a adesão ao tratamento, como a população coinfectada TB/HIV, etilista, abrigados, dentre outros, o que possibilitaria diminuir o risco para desenvolvimento de formas mais graves da doença e de mortalidade (BRASIL, 2010). Aponta-se para a necessidade de buscar estratégias de prevenção e de adesão ao tratamento da TB em pacientes que vivem em instituições, não contando muitas, vezes com o apoio familiar e ocupam o mesmo espaço com um número elevado de pessoas. Frente a essa realidade, apresenta-se a

vulnerabilidade que abarca todo o contexto de assistir um paciente com tuberculose, em que é o contexto social e econômico que pode ser determinante para a qualidade e resolutividade das ações dos profissionais da saúde.

## CONCLUSÕES

Considera-se que os objetivos propostos foram alcançados e que há necessidade de pesquisas com relação ao tema, uma vez que a tuberculose como doenças infecciosa e crônica revela uma importante situação da influencia das questões sociais e econômicas na assistência a saúde. Observou-se a ocorrência mais elevada de casos de tuberculose em indivíduos que se encontravam em instituições prisionais. O que denota o problema social que os presídios colocam para o controle da Tuberculose. Neste contexto, tal problemática mostra-se relevante, pois os índices de tuberculose no sistema penitenciário não só representa risco a saúde dos detentos, assim como aumenta os riscos de proliferação da doença intra e extramuros, já que a população prisional se relaciona com seus familiares e servidores penitenciários.

## REFERÊNCIAS

- BOWKALOWSKI, Cláudia; BERTOLOZZI, Maria Rita. Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no distritosanitário de Santa Felicidade – Curitiba, PR. *Revista Cogitare Enfermagem*. Curitiba, v. 15, n. 1, 2010, p. 92-99.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Rio Grande do Sul / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde–2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 24 p.

BRASIL, Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 10 de out. 1996.

MEDRONHO, R. A. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

OLIVEIRA, Sônia Aparecida da Cruz, *et al.* Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009; 17(3): 361-67.

PALHA, Pedro Fredemir. A sustentabilidade da estratégia do tratamento supervisionado no controle da tuberculose, segundo o contexto geopolítico histórico. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007. 140 p.

RUFFINO-NETO, Antônio. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Revista da Sociedade de Medicina Tropical*, v. 1, n. 35, 2002, p. 51-8.

SANCHEZ, Alexandra Roma; DIUANA, Vilma; LAROUZÉ Bernard. Controle de tuberculose nas prisões brasileiras: novas abordagens para um antigo problema. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.5, pp. 850-850. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2010000500001. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000500001&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000500001&script=sci_arttext). Acesso em 22 agosto 10.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global tuberculosis [Report serial] 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/gtg/publications>>. Acesso em: 04 set. 2010.