



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

**INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE PULMONAR
NO RIO GRANDE DO NORTE**

JAQUELINE PEREIRA DA SILVA RIBEIRO

Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira

NATAL/RN

2015

JAQUELINE PEREIRA DA SILVA RIBEIRO

**INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE PULMONAR
NO RIO GRANDE DO NORTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do rio Grande do Norte, como requisito para graduação de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Professora Doutora Izete Soares da Silva Dantas Pereira.

NATAL/ RN

2015

RESUMO

A tuberculose pulmonar é uma doença mundial, por ano surgem 110.000 novos casos de infecção no Brasil, onde 80.000 serão notificadas. É uma doença envolta de crenças e tabus apesar da cura, muito temida para aqueles que a adquirem, sobretudo pelo preconceito no convívio social. A OMS considera uma estimativa de dois bilhões de cidadãos, contaminados pelo vírus, e uma prevalência de 60 milhões com um total de 90.000 novos casos e 5.000 mortes anualmente, por fatores como; exclusão social, acúmulo de pessoas, urbanização descontrolada, pobreza e os serviços de saúde desestruturados. No Estado do Rio Grande do Norte notificou-se 1300 casos da doença no ano de 2007 com 50 mortes, 4,5% dos casos de tuberculose, metade dessa demanda reside em Natal, capital do estado, em 2012, houve uma baixa para 980 casos da tuberculose. Trata-se de pesquisa bibliográfica, qualitativa relacionada à incidência da TB no estado do Rio Grande do Norte. Bases de Dados: SCIELO, LILACS, Ministério da Saúde. Palavras-chave: Tuberculose Pulmonar; Incidência da tuberculose no Brasil; Cuidado ao doente tuberculoso na Estratégia de Saúde da Família; nas versões de artigos brasileiros. A pesquisa mostra que nos últimos anos a incidência da Tuberculose no Brasil, e no Rio Grande do Norte obteve uma queda, as drogas, a pobreza e a demora na identificação da doença são algumas das dificuldades para o controle da tuberculose. Após a implantação dos Programas municipais e estaduais de combate a tuberculose a taxa de incidência reduz a cada ano, a proposta da OMS é uma redução de 50% no avanço da doença.

Palavras-Chave: Incidência da tuberculose, Tuberculose no RN, Pesquisa Bibliográfica.

ABSTRACT

Pulmonary TB is a global disease per year appear 110,000 new cases of infection in Brazil, where 80.000 will be notified. It is a disease shrouded beliefs and taboos despite the healing, much feared for those who acquire, mainly by prejudice in social life. The WHO considers an estimated two billion people, contaminated by the virus, and a prevalence of 60 million with a total of 90.000 new cases and 5.000 deaths annually by factors such as; social exclusion of people accumulation, uncontrolled urbanization, poverty and the unstructured health services. In the state of Rio Grande do Norte has reported 1300 cases of the disease in 2007 with 50 deaths, 4.5% of tuberculosis cases, half of this demand lies in Natal, the state capital, in 2012, there was a low to 980 tuberculosis cases. It is literature, qualitative related to the incidence of TB in the state of Rio Grande do Norte. Database: SCIELO, LILACS, MS. Keywords: Tuberculosis Pulmonary; TB incidence in Brazil; Care to tuberculosis patients in the Family Health Strategy; in versions of Brazilian articles. The research shows that in recent years the incidence of tuberculosis in Brazil, and Rio Grande do Norte got a drop, drugs, poverty and delay in disease identification are some of the difficulties in tuberculosis control. After the implementation of state and local programs to combat tuberculosis incidence rate reduces each year, with WHO's proposal is a 50% reduction in disease progression.

Keywords: Incidence of tuberculosis, TB in RN, Bibliographic Search

1 INTRODUÇÃO

Causada por bactérias, a tuberculose é uma doença infecciosa, que alastra-se de ser humano para ser humano por meio de gotículas eliminadas no ar. Os pulmões são os órgãos mais habitualmente infectados, porém, qualquer parte do corpo pode ser acometida. As gotículas vindas do trato respiratório de uma pessoa infectada são expelidas em forma de aerossóis no ato de: tossir, espirrar, falar ou até mesmo cantar (NETTINA, sd).

É uma enfermidade contagiosa e infecciosa, acometida por uma bactéria chamada *Mycobacterium tuberculosis*, bem conhecida também como bacilo de Koch (BK). A doença é causadora de lesões chamadas de tubérculos, por isso o termo tuberculose (BRASIL, 2007).

A tuberculose pulmonar é uma doença de característica mundial, por ano surgem cerca de 110.000 novos casos de infecção no Brasil, onde apenas uma estimativa de 80.000 será notificada. Há um índice de 50 milhões de pessoas infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis*, onde apenas 72% obtém a cura após o tratamento, o ideal seria de no mínimo 85%. São números altos se visto por uma doença que tem cura. Apesar dos importantes investimentos para o controle da tuberculose, não foram suficientes em relação a sua evolução no Brasil, onde o principal motivo dessa circunstância é não completar o esquema terapêutico com o uso desajustado dos medicamentos, abandono do tratamento possivelmente pelo longo tempo, efeitos adversos dos mesmos, a reabilitação clínica nos primeiros meses, a aceitabilidade da doença e a dificuldade no acesso às unidades de saúde. É uma enfermidade envolta em crenças e tabus apesar dos avanços no seu tratamento, muito temida para aqueles que adquirem a doença, não somente pelos sintomas, mais pelo preconceito que ainda existe no convívio social (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010).

A tuberculose é uma das infecções de maior gravidade para a saúde pública, mesmo ela sendo de fácil prevenção e cura. O Brasil tem seu 19º lugar entre os 22 países com maiores notificação da doença, e para a diminuição desses índices de contágio seriam necessários dois importantes fatores: o pré-diagnóstico e se detectado a tuberculose, dar início ao tratamento o mais rápido possível, pois os pacientes que não iniciam imediatamente a sua terapia medicamentosa ou por algum motivo não a concluem, é um importante transmissor do *Mycobacterium Tuberculosis* (SILVA; ANDRADE; CARDOSO, 2013).

Pelo fato da doença ter um destaque no que se diz respeito à transmissão, exige-se uma maior atenção na busca ativa por pessoas com a sintomatologia da tuberculose, por tanto, os casos duvidosos devem ser investigados e com a confirmação, medidas de contenção deverão ser adotadas de acordo com o Ministério da Saúde e Secretaria do Estado, assim, na

investigação epidemiológica deve conter a busca dos bacilos nas pessoas mais próximas ao doente, na intenção de descobrir outras fontes de infecção. Ao falar tossir ou espirrar, a pessoa com a tuberculose pulmonar, joga no exterior gotícula que contem o *Mycobacterium Tuberculosis* de vários tamanhos, as mais pesadas se assentam e os leves dependuram no ar (GAZETTA et al. 2008).

O ser humano é a maior fonte de disseminação da tuberculose, por liberar um grande número de bacilos pelas vias respiratórias, por esse motivo que os familiares e os profissionais de saúde lideram o ranking de contágio pela tuberculose. O aumento da incidência dos casos de Tuberculose multifatorial é decorrente do precário sistema de saúde, a dificuldade em diagnosticar a doença e o tratamento adequado. A prioridade do Programa Nacional do Controle a tuberculose sempre será o diagnóstico precoce e por isso os profissionais de saúde deveram estar atentos e saber reconhecer de imediato um paciente sintomático (COSTA et al. 2013).

A maior incidência de casos de tuberculose nas grandes cidades se dar principalmente nas periferias, por serem locais de grande índice populacional, infraestrutura precária, sem a existência de saneamento básico adequado, casas muito próximas umas das outras, escuras e sem ventilação e aliado a esses problemas vem à baixa escolaridade e a renda familiar escassa, o uso de drogas ilícitas que aumenta a proporção de infectados (SANTOS; SÁ 2014).

Visto que a tuberculose ainda é um problema de saúde publica mundial, o presente estudo teve como objetivo mostrar a incidência da tuberculose no estado do Rio Grande do Norte.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A tuberculose pulmonar é uma doença infectocontagiosa do sistema respiratório, seu agente transmissor é o *Micobacterium Tuberculosis* também conhecido como Bacilo de Koch e apesar de ser uma doença antiga e indefesa ao tratamento, a tuberculose permanece como um dos principais agravos notificados na saúde Pública. A transmissão através do ar por gotículas infectadas, o meio de vida social e econômico são as maiores dificuldades encontradas para o controle da tuberculose. Pacientes com mais de três semanas de tosse produtiva com sangue ou não, já pode ser considerado uma sintomatologia respiratória positiva. Com o diagnóstico precoce, a rapidez na identificação da tuberculose pulmonar seria de maior eficácia. Numa visão clínica podemos visualizar os sintomas clássicos como, a tosse seca ou com expectoração por mais de três semanas, febre baixa geralmente à tarde, suores à

noite, falta de apetite e consequentemente o emagrecimento e com a realização dos exames radiológicos, histopatológico, bacteriológico e a prova tuberculínica podemos identificar a tuberculose pulmonar com maior clareza e precisão. Esses pacientes com a doença comprovada tem um atendimento diferenciado na Estratégia de Saúde da Família, por seu grande potencial de disseminação, tornando o início do tratamento uma prioridade emergencial para toda a equipe de saúde (COSTA et al. 2013).

O diagnóstico esperado da tuberculose pulmonar se dá principalmente através da anamnese do paciente, a história clínica do mesmo, seguida dos exames radiológicos e com a confirmação através da baciloscopia. O BK é a identificação dos Bacilos Álcool Ácido Resistente (BAAR), como meio de diagnóstico de coleta rápida, é barato e o mais usado na rede pública de saúde, porém seu resultado é um pouco tardio, entre 4 e 8 semanas, influenciando no controle rápido da endemia através da transmissão do bacilo. Estima que 73% dos casos comprovados são de pessoas do sexo masculino e por fatores relacionados ao tabagismo e alcoolismo. Desde o início do século XX a tuberculose tem sido uma das maiores causas de morte no Brasil, por isso a importância no reconhecimento e início imediato do tratamento (FERREIRA et al. 2005).

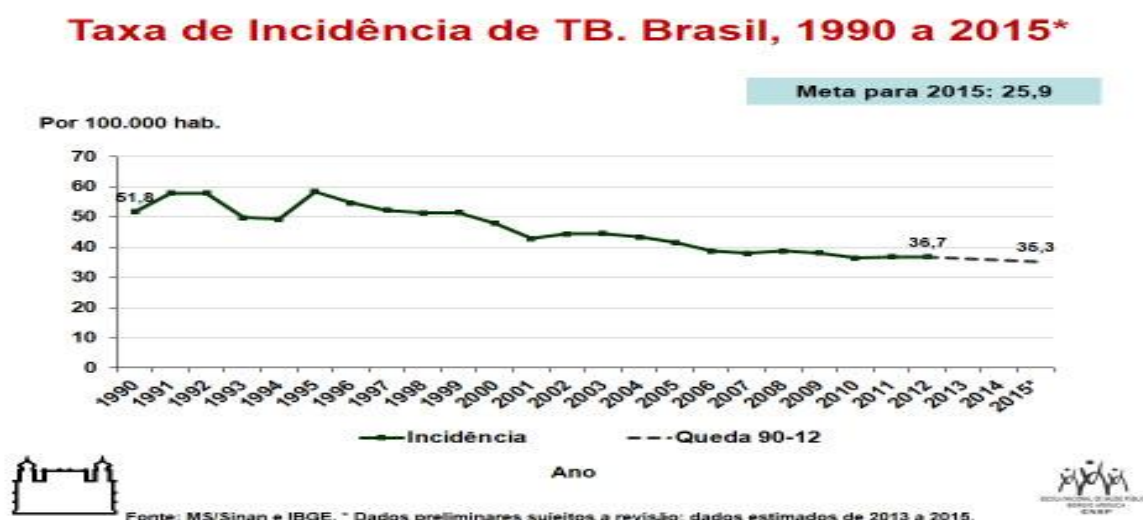
No ano de 2012 o sexo masculino, apontou um coeficiente de incidência de 50,2/100.000 habitantes, o dobro do sexo feminino, e foi visualizado também que nos homens a idade mais atingida foi entre 40 a 50 anos, e já as mulheres foi em torno de 20 a 39 anos. Analisando as regiões do Brasil para 2013, observou-se que o norte (45,2/100.00 hab), o sudeste (37,1/100.00 hab) e o nordeste (34,7/100.000), obtiveram os maiores coeficientes de incidência da doença, de um total de novos casos encontrados no ano de 2013, 85,7% apresentaram a condição clínica pulmonar da tuberculose, onde 65,2% foram bacilíferos, casos como esses foram os prioritários na conservação da cadeia de transmissão do vírus quando tratados inadequadamente, até a cura definitiva, no mesmo ano, 10,5% dos pacientes com a doença abandonaram o tratamento e 70,6% obtiveram cura (BRASIL, 2014).

A incidência mundial da tuberculose visualizada desde os anos 90 alcançou um topo em 2004 e lentamente obteve uma queda em 85% dos casos registrados, juntamente com a conquista de cura, em regiões onde existe um aumento de casos de HIV e tuberculose multirresistente os indicadores epidemiológicos foram diferenciados. Verificou-se cerca de 500.000 casos onde somente 30.000 (8,5%) foram identificados com uma menor intensidade na obtenção de tratamento e cura satisfatórios, lamentavelmente, na falta de laboratórios para realização de culturas e testes de sensibilidade de rotina são insuficientes às informações

sobre a tuberculose, em um grupo de 22 países encarregados por 80% do peso da doença no mundo, com o Brasil ocupando a 19 posição (KRITISKI, 2010).

É decrescente a incidência de Tuberculose no Brasil desde a década de 1950, nesse mesmo ano foram registrados 160.000 mil novos casos, 110.00 mil na década de 1990 e no ano de 2009 72.000 mil notificações de casos novos, apesar da diminuição, ainda é um elevado índice da doença. A meta da organização Mundial de Saúde é de curar 85% dos sintomáticos e descobrir 70% dos casos até o ano de 2015 (INSTITUTO, 2011).

O propósito do Plano Global para Combate a Tuberculose 2011-2015, apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) tem como meta reduzir em ao menos 50% a mortalidade e a incidência da tuberculose até 2015, conforme a OMS o número de mortes por tuberculose teve uma redução nas ultimas duas décadas. A queda do coeficiente de incidência de 2010 para 2011 foi de 2,2% e 41% de morte desde o ano de 1990. Na maior parte dos 22 países com alto índice de contágio de 82% dos casos globais ao qual o Brasil estar incluído, houve uma queda nos seus indicadores. Em 2012 o número de notificação foi de 70.047 casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) um coeficiente de incidência de (CI) de 36,1/ 100.000 habitantes. Com a ajuda da população, os programas municipais e estaduais no controle a Tuberculose (PMCT e PECT) aumentaram a divulgação da doença entre a sociedade, havendo um aumento na descoberta dos casos considerados pela OMS em 2011 de 91% dos casos considerados para o período, contudo, no país, esse coeficiente é decrescente, com uma diminuição por ano de 1,2% no período de 1990 á 2011 (BRASIL, 2013).



Em 2009 houve 72 mil registros de novos casos de tuberculose equivalente a um coeficiente de incidência de 38/ 100 mil habitantes. Consideravelmente ainda ocorre por ano cerca de 4,5 mil óbitos, o número de abandono ao tratamento é alto, próximo a 17% e a proporção de cura não passa dos 75%. A carência de adesão na intervenção à tuberculose é a principal dificuldade no equilíbrio da doença, portanto, diminuir as taxas de abandono ao tratamento é um importante alvo para o seu controle (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014).

Identificar uma pessoa com tuberculose pulmonar bacilífera não será satisfatório se não for estabelecido o cuidado quimioterápico correto a fim de garantir a cura do indivíduo, e para que isso ocorra é obrigatório o abastecimento constante e acessível dos medicamentos e a vigilância das tomadas. A terapia dos pacientes sintomáticos é a ação mais importante no controle da tuberculose, já que permite eliminar as fontes de contaminação. As doses certas, junção medicamentosa correta, uso por um período satisfatório com a vigilância das tomadas dos medicamentos é a melhor maneira de impedir a perseverança bacteriana e a evolução da resistência às drogas proporcionando a cura do doente, tendo em vista que, para a diminuição das taxas de desistência ao tratamento é necessária a consciência dos elementos agregados a esse abandono, orientando os pacientes para o ato e a dedicação no cuidar da saúde, surgindo à obrigação de compreender a circunstância atual e conhecer sobre o assunto (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

Nas Américas, pesquisas na busca dos pontos de vista, que impedem o reconhecimento da tuberculose, tanto no paciente quanto nos serviços públicos da saúde, mostram efeitos diversos nos aspectos inter-regionais e intrarregionais. No entanto, todos representam a mediação da fragilidade social e da disposição dos serviços públicos de saúde em relação ao diagnóstico antecipado da tuberculose. Porém, o efeito deste estudo defende a precisão de distinguir as necessidades da procura por serviços públicos de saúde e da obtenção do diagnóstico da tuberculose em municípios do país (SILVA SOBRINHO et al. 2012).

No município de Natal 72,04% dos pacientes com diagnóstico de Tuberculose positivo, foram descobertos em unidades hospitalares com a internação de pacientes debilitados por conta do emagrecimento e pelo péssimo estado geral devido à demora da descoberta do diagnóstico. Natal é um dos sete municípios do Rio Grande do Norte que tem como preferência o controle da Tuberculose e 315 em todo o Brasil. Nessa visão, procura-se 90% dos diagnósticos esperado e 85% de cura nos confirmados. Consequentemente, a busca por um possível sintomático respiratório não pode ficar apenas nos usuários do SUS, pois assim, pode haver uma grande colaboração para a descoberta tardia da doença, a superlotação

das unidades hospitalares e a piora do quadro clínico. A busca por sintomáticos deve ser intensificada nas Unidades Básicas de Saúde, a fim de promover a descoberta rápida dos casos da doença e para que isso ocorra, os profissionais da área de saúde devem estar devidamente capacitados na identificação dos casos suspeitos de Tuberculose pulmonar (DANTAS et al. 2014).

Cavalcante e Silva (2013) falam que os dados nacionais esclarecem que o sexo masculino adoece duas vezes mais em relação às mulheres, e que ultrapassa os 50 milhões de populações infectadas pelo *Micobacterium tuberculosis*, com cerca de 80 mil novas ocorrências da tuberculose e entre quatro a cinco mil óbitos por ano. Todas as faixas etárias são atingidas, prevalecendo os cidadãos economicamente ativos, de 15 a 54 anos, do sexo masculino.

A Organização Mundial de Saúde considera uma estimativa de dois bilhões de cidadãos, um terço das pessoas no mundo, que está contaminado pelo vírus da tuberculose, considera-se uma prevalência em cerca de 60 milhões de contaminados e um total de 90.000 novos casos com 5.000 mortes por ano, essa diversidade se dá por fatores como; exclusão social, acúmulo de pessoas, urbanização descontrolada, pobreza e os serviços de saúde desestruturados. Anualmente no Estado do Rio Grande do Norte notifica-se cerca de 1300 casos da doença, com 50 mortes por ano, 4,5% dos registros dos casos de tuberculose, onde, metade dessa demanda reside em Natal, capital do estado (BRASIL, 2008).



Figura-1 MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE -2007 TOTAL DE 1176 CASOS, MACAIBA, SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ MIRIM, PARNAMIRIM, MOSSORÓ E NATAL (BRASIL, 2008).

O Rio Grande do Norte dispõe de dois municípios preferenciais para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Em 2012, foram notificados 980 novos casos da doença no SINAN. As taxas de incidência foram de 30,4/100 mil habitantes para todas as formas da doença, e para os casos bacilíferos 16,5/100 mil habitantes. No que se refere ao reconhecimento da coinfeção TB-HIV 46,7% dos casos realizaram a testagem, visto que 118 foram positivos, correspondendo a um percentual de coinfeção TB-HIV de 12%. No meio dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera descobertos no ano de 2011, 73,5% dos pacientes obtiveram cura e 6,8% abandonaram o tratamento. Naquele ano, foram notificados 63 óbitos por tuberculose, com uma taxa de mortalidade por causa simples de 2/100 mil habitantes (BRASIL, 2014).

O padrão socioeconômico do território é o que leva à desigualdade na distribuição espacial da Tuberculose. Sabe-se também que o nível de saúde é resultante da baixa renda social, que caracteriza um determinado contexto territorial, presumindo a desigualdade na distribuição do fator produtor de doença (comportamentais, psicossociais, materiais e biológicos). Daí destaca-se a relevância de elaborar indicadores sociais para investigar as diversidades sócio espaciais sendo estas, forte marca da exclusão social, com o abalo sobre o seguimento saúde-doença da população. Contudo, diferenciar o modelo de organização da tuberculose no Rio Grande do Norte pode ajudar a indicar a área onde há prioridade de efetuar um parecer das causas que atinge o processo saúde-doença daquela localidade. No período de 2006 a 2010 foram avaliados e notificados 4.739 novas ocorrências de tuberculose no estado do Rio Grande do Norte, visto uma média de 947,8 casos novos por ano, totalizando uma incidência média anualmente de 18,25 casos/100 mil habitantes (BARBOSA; COSTA 2013).

Situada na região Nordeste do Brasil, Natal é a capital do Rio Grande do Norte, com uma população de 803.739 habitantes, com uma área de 167,264 km. Este município dispõe de cinco distritos sanitários: oeste, leste, sul, norte e os bairros pesquisados que obteve o maior número de casos de tuberculose foram os bairros de Felipe Camarão na região oeste com 203 casos notificados, quintas com 157 casos também na região oeste, bairro Potengi com 202 registros e nossa senhora da apresentação com 186 casos, ambos na região norte (CAVALCANTE; SILVA 2013).

3 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa bibliográfica relacionada à incidência da Tuberculose no estado do Rio grande do Norte, tendo como Bases de Dados: SCIELO BRAZIL (Scientific Eletronic Library On Line) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), sites do Ministério da Saúde, utilizando as palavras-chave: Tuberculose, Incidência da tuberculose no Brasil, Perfil das Pessoas Acometidas por Tuberculose, nas versões de artigos brasileiros e em português.

A busca bibliográfica foi realizada no período de Março a Outubro de 2015, a escolha das produções obedeceu aos seguintes critérios:

Artigos nacionais relacionados com a incidência da tuberculose no Brasil, no período de 2005 a 2014 em português e texto completo;

Quanto ao tipo de publicações, foram incluídos artigos de periódicos e planos do Ministério da Saúde.

Quanto ao tema, foram escolhidas as publicações que apresentaram definição de termos e formas de novos casos de tuberculose no estado do Rio Grande do Norte e no Brasil.

Foram descartados os artigos que não abordavam o tema escolhido bem como a sua incidência

Foi utilizado o site do DATASUS e Terraviva para elaboração dos gráficos e figura 2.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com, o gráfico 1 observou-se uma diminuição de 18% da incidência da tuberculose do Rio Grande do Norte do ano de 2005 até 2012, porém, comparando com os outros estados do Nordeste, Natal ficou na terceira posição em termos de melhoria na baixa da incidência da tuberculose, depois do Piauí e Sergipe.

Comparando com os últimos sete anos de comportamento das taxas de incidência de tuberculose nos estados da região Nordeste, observa-se que o estado de Pernambuco foi o que menos evoluiu em termos de redução de incidência. Pode-se apontar alguns dos motivos, tais como: bairros periféricos e populosos, falta de saneamento básico, consumo de álcool e outras drogas ilícitas e o difícil acesso as unidades de saúde, o abandono ao tratamento também é uma estatística alta, chega a um número aproximado de 17% e a taxa de cura não ultrapassa os 75%.

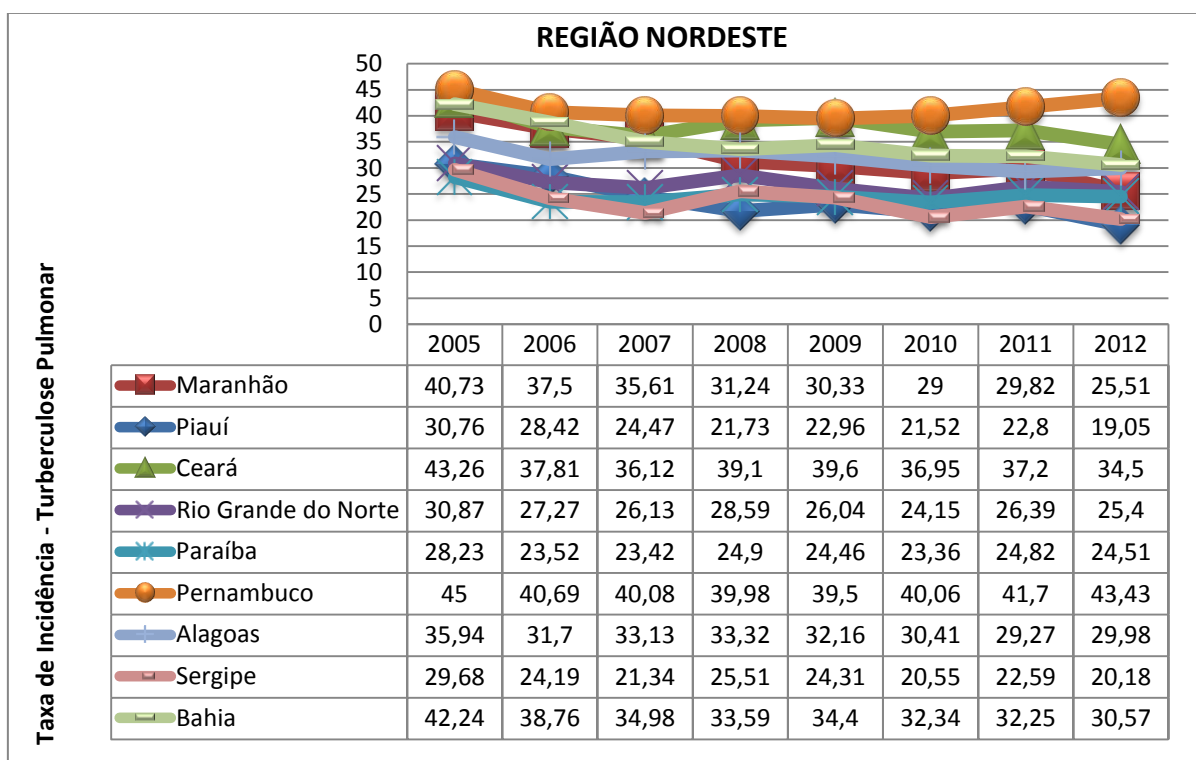


Gráfico-1 Taxa de incidência de tuberculose dos estados do Nordeste.

Fonte: DATASUS

Natal possui cinco distritos sanitários: oeste, leste, sul, norte I e norte II. Para o ano de 2006 a 2010 foram 2.632 notificações registradas. Nesse período o distrito sanitário oeste

apontou mais acúmulo de ocorrência da doença com 773 casos, em seguida o distrito leste com 558, distrito norte II com 497, distrito sul com 425 e o distrito norte I com 331, os bairros desconhecidos foram 48 casos.

Observando a figura 1 que representa os bairros de Natal constatou-se que os bairros que chamaram mais atenção em números de notificações foram de Felipe Camarão na zona Oeste com 203 registros de casos e Quintas com 157, na zona Norte os bairros de Potengi com 202 casos e o bairro de Nossa Senhora da Apresentação foram 186 casos. São bairros populosos, precários de saneamento básico, pessoas com baixa renda familiar ou nenhuma e muitas vezes uma grande quantidade de moradores em uma mesma residência, contribuindo na propagação da tuberculose pulmonar para as pessoas de contato mais próximo.

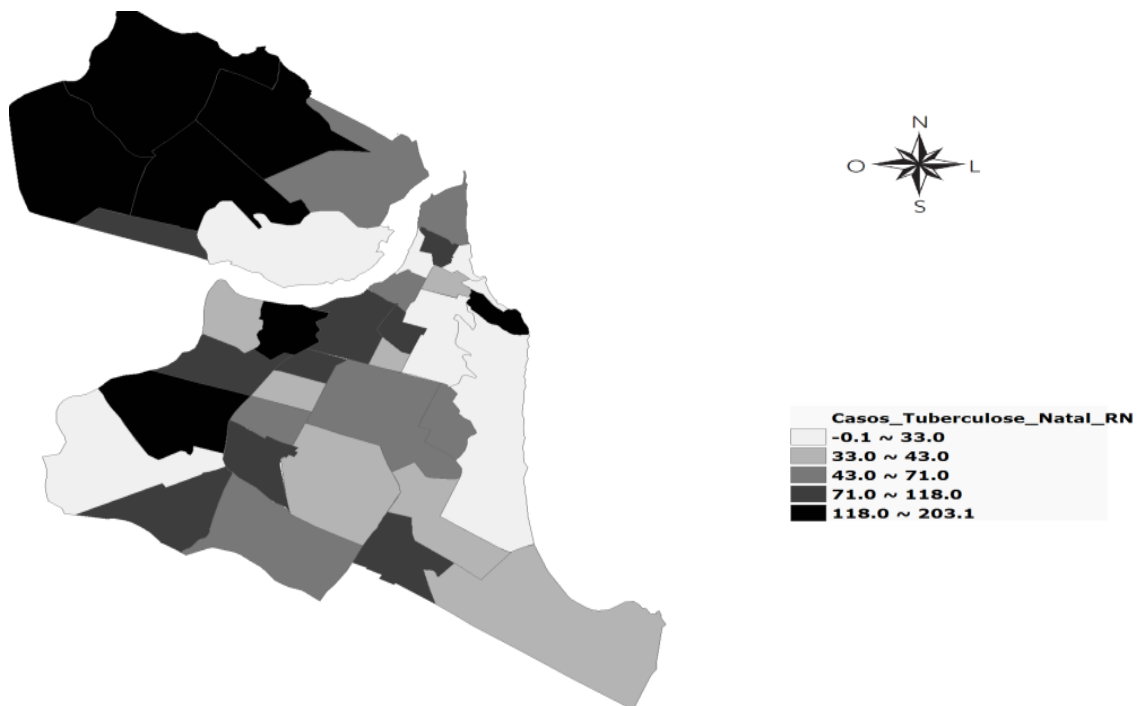


Figura-2 Mapa de distribuição dos casos notificados de tuberculose por bairro no município de Natal, no período de 2006 a 2010.

Nos artigos pesquisados a incidência da tuberculose no sexo masculino é maior que no sexo feminino. Em relação ao gráfico 2 de número médio de casos novos de tuberculose para o ano de 2015 mostra que a faixa etária de 20 a 39 anos, ainda em atividades econômicas presentes, são os mais susceptíveis a contrair a doença, os fatores desse aumento é a

exposição com mais frequência as festas noturnas em ambientes fechados com grande aglomeração de pessoas, não se alimentando corretamente e a pouca procura as unidades de saúde, também o fator drogas ilícitas, como o álcool e o fumo, uma barreira bastante importante no processo de diminuição da ocorrência dos casos de tuberculose pulmonar, visto que os homens de situação financeira menos favorável e baixa escolaridade, foram os mais propensos a desencadear a enfermidade e com um número maior também na prevalência da doença, por desistência do tratamento, uso errado das medicações e a melhora dos sintomas nos primeiros dias do tratamento.

Moradores de rua também estão sujeitos a contrair a tuberculose, alguns dos fatores para o surgimento da doença nessa população é a exposição ao frio ao sol, e a chuva, vivendo em uma situação de total desconforto e esgotamento físico por falta de alimentação e condições de higiene dignas, a aglomeração muitas vezes em albergues agravam o estado de saúde dessas pessoas.

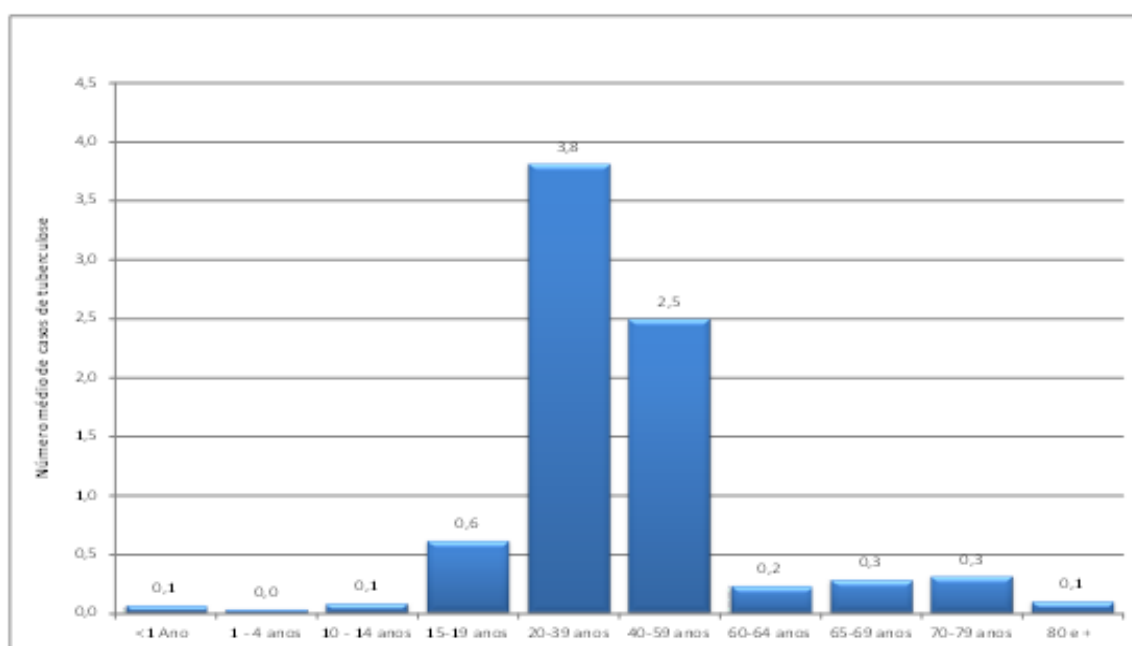


Gráfico-2 Número médio de casos de TB pulmonar por faixa etária no estado do Rio Grande do Norte, 2015.

Considerada município prioritário para o controle da tuberculose no Brasil, a cidade de Natal/RN apresentou uma incidência da doença menor nos últimos anos se comparada com a taxa de outras capitais do nordeste.

De acordo com o propósito da Organização Mundial de Saúde para o controle da tuberculose, tem-se como meta global de prioridade a redução da doença até o ano 2015.

O sucesso no controle da tuberculose depende da detecção prévia dos casos e a intervenção terapêutica eficaz da doença. Nessas circunstâncias, os serviços de saúde, principalmente a atenção básica, são encarregados pela diminuição do abandono ao tratamento e a sua execução medicamentosa de forma correta, com tudo, os profissionais de saúde devem está capacitados no reconhecimento dos sinais e sintomas proveniente da tuberculose a fim de diminuir o tempo de disseminação da doença. A entrega de cestas básicas tem sido um incentivo para os pacientes não abandonar o tratamento é uma maneira de o enfermeiro ter um controle nas tomadas das medicações. A entrega desses medicamentos é controlada somente para o mês, forçando o paciente retornar na unidade básica e assim o enfermeiro poder observar o estado geral do paciente.

5. CONCLUSÃO

Concluindo então que através dos estudos pesquisados a incidência da Tuberculose vem diminuindo a cada ano no Brasil, e no Estado do Rio Grande do Norte, através das campanhas organizadas pelo Ministério da Saúde com o intuito de esclarecer a população que a doença tem cura e o tratamento é gratuito nas unidades básicas de saúde pra todo tipo de população e que o indivíduo portador pode ter uma vida normal após o início imediato do tratamento.

A classificação por faixa etária e sexo demonstrou que a Tuberculose ataca mais o jovem e adulto masculino em idade produtiva, estudos nacionais também evidenciam resultados similares, assim como os dados oficiais do Ministério da Saúde.

Os municípios com maiores números de notificações foram Macaíba, São Gonçalo do Amarante, Parnamirim, Ceara Mirim, Mossoró e Natal, porém a cidade de Natal obteve a metade da demanda registrada.

Os bairros com maiores números de notificados da Tuberculose na cidade de Natal/RN foram Felipe Camarão e Quintas no Distrito Sanitário Oeste, Potengi e Nossa Senhora da Apresentação, no distrito sanitário Norte. São bairros muito populosos, com grande concentração de residências próximas umas das outras, demonstrando um crescimento urbano desordenado, e com uma situação financeira e social diminuída.

Em Natal, esses distritos sanitários dispõem de moradores principalmente de baixa ou nenhuma renda e pouca ou nenhuma escolaridade, embora aja em alguns bairros moradores com situação econômica e social um pouco melhor. Segundo o Ministério da Saúde, é imprescindível que as taxas de cura chequem a superar os 85% e que as de abandono ao

tratamento não chequem os 5%. O alto índice de jovens-adultos em uso de drogas ilícitas nesses bairros mais periféricos é a principal causa para a taxa de incidência e prevalência da doença não ter a diminuição esperada pela Organização Mundial de Saúde.

Apesar de o assunto Tuberculose ser bastante comum no mundo, os artigos publicados sobre a incidência da Tuberculose no Estado do Rio Grande do Norte, ainda é insuficiente, dificultando assim, obter mais informações precisas sobre o tema.

A pesquisa bibliográfica mostrou que ainda são altos os números de infectados pela tuberculose, porém, nos últimos anos vem decaindo os números de infectados, apesar da pouca estrutura das Unidades Básicas, com isso, é muito importante continuar a procura a pessoas sintomáticas com o objetivo de combater precocemente a disseminação do vírus, principalmente em locais com pouca estrutura física, como os bairros periféricos.

Campanhas do Ministério da Saúde tem se tornado uma maneira eficaz no reconhecimento da doença, informando a população sobre o tratamento após o diagnóstico confirmado nas unidades de saúde, começando seu tratamento por um período mínimo de seis meses diários, sem nenhuma interrupção mesmo após o desaparecimento dos sintomas, o tratamento só chega ao fim, quando o profissional de saúde através de exames confirma a cura.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Isabelle Ribeiro; COSTA; Íris do Céu Clara. Distribuição Espacial dos Casos Novos de Tuberculose no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. n.2 **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.37 p. 452-459 2013.

BRASIL, Boletim Epidemiológico. O Controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. Secretaria Municipal de Vigilância em Saúde- Ministério da Saúde. v.44 n. 02 2014.

BRASIL, Boletim Epidemiológico. Programa de Controle da Tuberculose. Secretaria Estadual de Saúde Pública v.1 n.3 2008.

BRASIL, Boletim Epidemiológico. Tuberculose alinhada com o social, afinada com a tecnologia. Secretaria de Vigilância em Saúde-Ministério da Saúde v. 44 n.2 2013.

BRASIL, Caderno de Atenção Básica. Vigilância em Saúde. n.21 Brasília Ministério da Saúde 2007.

CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira; SILVA; Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva. Perfil de Pessoas Acometidas por Tuberculose. **Revista de Enfermagem do Nordeste**. n.14 v.4 2013 p. 720-9.

CHIRINOS, Narda Estela Calsin, MEIRELLES, Betina Horner Schindwein. Fatores Associados ao Abandono do Tratamento da Tuberculose: Uma Revisão Integrativa. Florianópolis **Texto & Contexto- Enfermagem** n.3 v.20 Jult/Sept.2011.

COSTA, Magnania Cristiane Pereira et al. A Biossegurança Durante os Cuidados de Enfermagem aos Pacientes com Tuberculose Pulmonar. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo v. 26 n. 4 2013.

DANTAS, Dândara Nayara Azevêdo et al. Fatores Associados á Primeira Escolha de Local para o Diagnóstico da Tuberculose. n.3 Porto Alegre **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.35 set.2014.

FERREIRA, Aurigena Antunes de Araújo et al. Os Fatores Associados á Tuberculose Pulmonar e a Baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de Saúde Pública. São Paulo **Revista Brasileira de Epidemiologia** v.8 n.2 2005.

INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA. Desafios da Tuberculose Diante da Resistência Microbiana. São Paulo **Revista de Saúde Pública**. v.45 n.5 Out 2011.

GAZETTA, Claudia Eli et al. Controle de Comunicantes de tuberculose no Brasil: revisão de literatura (1994-2004). **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.16 n.2 2008.

KRITSKI, Afrânio Lineu. Emergência de Tuberculose Resistente: Renovado o Desafio. São Paulo **Jornal Brasileiro de Pneumologia** v.36 n.2. Mar/Apr 2010.

BRASIL, Programa da Tuberculose no Brasil: Indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília 2014 p.36

NETTINA, Sandra M. **Brunner Prática de Enfermagem**. 9 ed. Guanabara Koogan. sd P.1809.

SANTOS, Marcandra Noqueira de Almeida, SÁ, Antonia Margareth Moita. Viver com Tuberculose em Prisões: o desafio de curar-se. Florianópolis **Texto & Contexto – Enfermagem** v.23 n.4 out/dez.2014.

SILVA, Carla Caroline Alexandrino Vicente; ANDRADE, Maria Sandra; CARDOSO, Mirian Domingos. Fatores Associados ao Abandono do Tratamento de Tuberculose em indivíduos Acompanhados em Unidades de Saúde de Referência na Cidade do Recife Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010. Brasília **Epidemiologia e Serviços de Saúde** v.22 n.1 Mar 2013.

SILVA, Pollyanna da Fonseca; MOURA, Germano Silva; CALDAS, Arlene de Jesus Mendes. Fatores Associados ao Abandono do Tratamento da Tuberculose Pulmonar no Maranhão. Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**. v.30 n.8 Aug.2014.

SILVA SOBRINHO, Reinaldo Antônio et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em Municípios da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. Washington **Revista Panamericana de Saúde Pública** n.6 jun/2012.

SOUZA, Sabrina da Silva; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira; MEIRELLES; Betina Homer Schlindwein. Representações Sociais Sobre a Tuberculose. São Paulo **Acta Paulista de Enfermagem** v.23 n.1 2010.