

Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José do Rio Preto- SP, a partir das notificações da doença em um Hospital – Escola (1993 - 1998)

The tuberculosis epidemiological aspects in São José do Rio Preto – SP, from 1993 - 1998 in a Hospital - School

Claudia Eli Gazetta¹, Angela M.M.Takayanagui², Moacir Lobo da Costa Júnior²,
Teresa Cristina Scatena Villa², Silvia Helena F. Vendramini¹

RESUMO

Introdução: o objetivo deste estudo foi analisar os aspectos epidemiológicos da tuberculose em pacientes notificados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da FUNFARME, São José do Rio Preto-SP. **Material e Método:** foram coletados dados das seguintes variáveis: características sócio-demográficas, características da doença e preenchimento das fichas. **Resultados:** foram estudadas 604 fichas de notificação preenchidas no período de 1º de Janeiro de 1993 a 31 de Dezembro de 1998. Foram incluídos para análise 604 casos. Entre os pacientes do gênero masculino predominou como profissão “trabalhador da construção civil” 13%, (59 do total de 457); e entre pacientes do gênero feminino predominou a ocupação “do lar”, 46%, (67 do total de 146). A média de idade em ambos os grupos foi de 55,62%, extremos entre 20 e 40 anos. A forma clínica de maior frequência foi a pulmonar, 72,4%, (477 do total de 658). O motivo de procura foi por apresentação espontânea em 48,8% (295 casos do total de 604). A comorbidade mais freqüente foi da AIDS, 58,6%, (260 do total de 444). **Conclusão:** a análise dos dados sugere a necessidade da expansão do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nos serviços em nível primário de atenção à saúde, tornando-se oportuno conhecer precocemente os casos de co-infecção de tuberculose e HIV pela vigilância epidemiológica. A importância de treinamentos para a equipe que trabalha com o preenchimento dessas informações fica evidente.

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this study was to analyze the epidemiological aspects of tuberculosis in patients registered in the FUNFARME surveillance service. **Material and Method:** data were collected from the following variables: the demographic characteristics, the disease characteristics and the complete fulfilling of the registered cards. **Results:** sixty and four registered cards filled in the period of January, 1 to December, 31 were observed. A total of 604 cases were included for analysis. Among men, constructor workers, 13% (59 out of the total 457) was the profession mostly found; among women, was the housekeepers, 46% (67 out of the total 146). The mean age in both groups was 55,62%, the lowest age 20 years and the highest, 40 years. The most common clinical characteristic was the pulmonary, 72.4% (477 out of the total 658). The motive was spontaneous visit for the first presentation, 48.8% (295 cases out of the total 604). The most frequent comorbidity was AIDS, 58.6% (260) out of the total 444). **Conclusion:** data analysis suggests the importance of extension of the Control Program of Tuberculosis (CPT) in the primary services of health care; being effective to notice earlier the tuberculosis and HIV co-infections by the epidemiological surveillance. Adequate training of the team charged for the task of fulfilling the cards should be pointed out.

Descritores: tuberculose, epidemiologia, notificação.

Keywords: tuberculosis, epidemiology, surveillance.

Introdução

O recrudescimento da tuberculose tem sido objeto de diferentes trabalhos ao redor do mundo. Dentre as explicações apresentadas para o fenômeno, encontra-se a associação da doença com a AIDS. Esta última causa alterações imunológicas que propiciam o aparecimento da tuberculose ⁽¹⁾.

Um terço da população mundial já está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ⁽²⁾. O número anual de casos novos chega a 8,7 milhões. Entre 1997 e 1999, a taxa de crescimento foi de 6% ao ano, sendo que 80% das incidências concentram-se em 22 países ⁽²⁾. O Brasil, com 116.000 casos novos por ano, ocupa a 15ª posição nesse "ranking". Quanto ao número de mortes pela doença, estima-se que ocorram anualmente 1,9 milhões. Destes, cerca de 350.000 estão associados à AIDS e 98% se dão em países em desenvolvimento ⁽²⁾.

No Brasil, o número de casos notificados de tuberculose situa-se entre 80 e 90 mil novos casos por ano ⁽²⁾. Foram 82.249 registros em 2000: 38.690 no Sudeste, 23.196 no Nordeste, 9.281 no Sul, 5.901 no Norte e 3.522 no Centro-Oeste. O coeficiente de incidência nacional para todas as formas de tuberculose foi de 48,4/100.000 habitantes ⁽²⁾.

Segundo dados estatísticos relativos à região de São José do Rio Preto, apresentados pela Divisão Regional de Saúde – DIR – XXII, foram notificados 355 casos de tuberculose em 2002; com coeficiente de incidência de 26,1/100.000. Especificamente no município de São José do Rio Preto, ao longo do mesmo ano, foram registrados 135 casos – 108 da forma pulmonar e 27 da extrapulmonar; coeficiente de incidência de 34,69/100.000. Esses resultados permitem classificar a tuberculose como terceira doença oportunista mais comumente associada à AIDS notificada no município.

Há perspectiva de aumento do número de casos, não só pela integração com a epidemia de AIDS, mas também pela associação de outros fatores, como o aparecimento de cepas resistentes às drogas atuais e tratamentos inadequados ou incompletos ⁽³⁾.

Em 1991 foi criado o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Base, que faz parte da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME). A função deste núcleo, considerado centro de referência especializado para

assistência à saúde de pessoas de vários municípios do Estado de São Paulo e de outros Estados da Nação, é notificar os casos de doenças infecciosas à Secretária Municipal de Saúde e encaminhar os pacientes para os serviços de referência de suas cidades de origem, para que lá continuem o tratamento. Os pacientes residentes em São José do Rio Preto são tratados no Núcleo de Gestão Assistencial 60 e no Serviço de Atendimento Especializado ⁽⁴⁾.

Esta pesquisa teve como objetivo descrever os aspectos epidemiológicos da tuberculose diagnosticados no Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Tem como finalidade obter subsídios para elaborar e propor ações que contribuam para o controle e combate da tuberculose nesse município.

Material e métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo e descritivo. Foi realizado por meio de informações coletadas das fichas de notificação epidemiológica dos pacientes portadores de tuberculose registrados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da FUNFARME, da cidade de São José do Rio Preto, no período de 1993 a 1998.

Caracterização do Município

O município de São José do Rio Preto está localizado no norte do estado de São Paulo, a 480 Km da capital do Estado. Classificado como município de médio porte, registra uma população de 374.745 habitantes e um alto nível de urbanização (95%). A população economicamente ativa é de 141.876 pessoas e quase metade da população possui uma renda de 1 a 3 salários mínimos ⁽⁵⁾.

População e instrumento para coleta de dados

Os dados estudados são referentes à população portadora de tuberculose, cujos casos foram notificados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da FUNFARME durante o período de 1993 a 1998. Este serviço funciona junto ao Hospital de Base da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto.

A pesquisa foi realizada a partir do levantamento de dados de 604 fichas de notificação de tuberculose

1. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – Universidade de São Paulo

2. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Endereço para correspondência: Cláudia Eli Gazetta. Rua Jair Martins Mil Homens, 277- Bairro Nova Redentora- São José do Rio Preto- SP Brasil - CEP: 15.090-080 Tel. 17- 2277167/ Cel. 17- 96012912. E-mail: cgazetta@uol.com.br.

Recebido para publicação em 12/11/2003 e aceito no dia 15/12/2003, após revisão.

padronizadas pelo Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac, da Secretaria de Estado da Saúde. Quanto à coleta das informações, esta se deu pela elaboração de um banco de dados, que se baseou no programa EPI INFO versão 6.0.4 b e teve itens adaptados a partir da ficha de notificação compulsória.

As variáveis trabalhadas são referentes às características pessoais e sócio-demográficas dos portadores de tuberculose, às características da doença e ao preenchimento das fichas de notificação.

Resultados

Variáveis relacionadas às características pessoais e sócio-demográficas dos portadores de tuberculose:

A respeito da distribuição dos 604 casos de tuberculose notificados, o ano de 1997 apresentou números superiores àqueles registrados nos quatro anos anteriores. Esse crescimento ocorreu, provavelmente, em decorrência da contratação de uma equipe de saúde em tempo integral. Observa-se ainda um aumento das internações com suspeita de tuberculose.

Os dados demonstraram que houve um percentual elevado de casos para o sexo masculino. Obtém-se, assim, uma razão de 3:1 entre os sexos masculino e feminino. Proporção esta corroborada pelos dados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo ⁽⁶⁾.

Quanto à faixa etária da amostra levantada, pode-se notar que do total de 604 casos notificados de tuberculose atendidos no Hospital de Base, 336 pessoas (55,6%) incluem-se na faixa etária entre 20 e 40 anos. Esse fato comprova a incidência entre adultos e pode ser verificado na Tabela 1.

Nota-se um aumento do número de casos entre os idosos acima de 60 anos. Embora os autores refiram não existir uma diferença significativa entre a tuberculose nesse grupo etário e em adultos jovens, acreditam ser importante considerar as características específicas da doença nos primeiros. Estas, por sua vez, não devem ser menosprezadas no momento do diagnóstico e do tratamento, já que podem contribuir para a diminuição do risco de morte e dos danos a esses pacientes ⁽⁷⁾.

Em relação à ocupação das pessoas registradas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica de São José do Rio Preto, destaca-se a ausência desta informação em 175 fichas (29%). Entre as ocupações relatadas, foram mais freqüentes para o sexo masculino: trabalhadores da construção civil (13%) e aposentados (12,5%). No item "outros" (27%) estão incluídos os trabalhadores do comércio, da indústria e autônomos. Para o sexo feminino predominaram: as "do lar" (46,%) e aposentadas (7,5%). Esses dados são explicitados na Tabela 2.

É alta a incidência de tuberculose entre trabalhadores do setor informal da economia. A oferta de baixos salários e habitual exigência de um elevado número de horas de serviço ocasiona desgaste físico e emocional. Soma-se a isso uma freqüente irregularidade na alimentação, condições precárias de moradia e dificuldades de acesso a serviços de saúde, resultando em adoecimento ⁽⁸⁾.

Observa-se ainda na tabela 2, que 25 presidiários (4,1%), de um total 604, eram oriundos de dois estabelecimentos penal, Instituto Penal Agrícola, com regime semi-aberto, e, Centro de Detenção Provisória – CDP, do município de São José do Rio Preto.

Tabela 1 - Distribuição dos casos de tuberculose notificados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da FUNFARME de São José do Rio Preto, no período de 1993 a 1998, segundo idade e ano de notificação.

IDADE	ANO										TOTAL			
	1993		1994		1995		1996		1997		1998		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
0 - 10	3	2,9	2	2,4	2	3,1	3	2,6	21	13,1	5	6,2	36	6
10 - 20	6	5,7	3	3,6	1	1,5	4	3,5	1	0,6	2	2,5	17	2,8
20 - 30	30	28,8	27	33	24	37,5	32	28,3	31	19,3	16	20	160	26,5
30 - 40	33	31,7	26	31,7	19	29,7	38	33,6	39	24,2	21	26,2	176	29,1
40 - 50	12	11,5	11	13,4	4	6,2	18	16	30	18,6	12	15	87	14,4
50 - 60	4	3,8	9	11	7	11	11	9,7	17	10,6	13	16,3	61	10,1
60 e mais	15	14,4	4	4,9	7	11	7	6,2	21	13	11	13,8	65	10,7
Sem Informação	1	1	-	-	-	-	-	-	1	0,6	-	-	2	0,4
TOTAL	104	100	82	100	64	100	113	100	161	100	80	100	604	100

N = número de casos; % = porcentagem de casos.

Tabela 2 - Distribuição dos casos de tuberculose, notificados no Núcleo de Vigilância Epidemiológica da FUNFARME de São José do Rio Preto, no período de 1993 a 1998, segundo ocupação e sexo.

OCUPAÇÃO	SEXO						TOTAL	
	Masculino		Feminino		Ignorado		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Do lar	2	0,4	67	46	-	-	69	11,4
Aposentado	57	12,5	11	7,5	-	-	68	11,2
Trab. Constr. Civil	59	13	-	-	-	-	59	9,7
Trabalhador Rural	39	8,5	1	0,7	-	-	40	6,6
Presidiário	25	5,4	-	-	-	-	25	4,1
Menor	11	2,4	8	5,4	-	-	19	3,1
Motorista	11	2,4	-	-	-	-	11	2
Outros*	123	27	15	10,3	-	-	139	23
Sem informação	130	28,4	44	30,1	1	100	175	29
TOTAL	457	100	146	100	1	100	604	100

*Outros: trabalhadores do comércio, autônomo e indústria; N = número de casos; % = porcentagem de casos.

Tabela 3 - Distribuição dos casos de Tuberculose notificados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da FUNFARME de São José do Rio Preto, no período de 1993 a 1998, segundo formas clínicas e sexo.

FORMAS DE TUBERCULOSE	SEXO				TOTAL			
	Masculino		Feminino		Ignorado		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Pulmonar	363	72,3	113	72,9	1	100	477	72,4
Ganglionar	48	9,6	14	9	-	-	62	9,3
Outras	47	9,4	11	7,2	-	-	58	8,8
Pleural	23	4,5	3	1,9	-	-	26	3,9
Óssea	7	1,4	7	4,5	-	-	14	2,1
Meningítica	8	1,6	3	1,9	-	-	11	1,9
Vias Urinárias	3	0,6	2	1,3	-	-	5	0,8
Sem Informação	3	0,6	2	1,3	-	-	5	0,8
TOTAL	502	100	155	100	1	100	658	100

N = número de casos; % = porcentagem de casos.

Variáveis relacionadas às características da doença

A visualização da Tabela 3 evidencia o predomínio da tuberculose pulmonar como forma clínica, correspondendo a 477 (72,4%) dos 604 casos de tuberculose notificados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da FUNFARME no período de 1993 a 1998.

Do total encontrado para as formas clínicas de tuberculose (658), destaca-se que um mesmo paciente pode ter apresentado mais de uma forma da doença, somando um total maior do que os 604 casos notificados.

A tabela 3 observa-se, que 477 casos (72,4%) estão relacionados a forma clínica pulmonar da doença, no gênero masculino e feminino.

No estado de São Paulo, a forma clínica mais freqüente foi a pulmonar, que correspondeu a cerca de 80% do total de casos notificados. Outro ponto de destaque é que, entre os pacientes de forma pulmonar e maiores de 15 anos, aparecem entre 18% e 24% de baciloscopias não realizadas a cada ano ⁽⁶⁾.

Com respeito às formas extrapulmonares, a mais encontrada neste estudo foi a ganglionar. Tal fato poderia ser decorrente de um aumento na capacidade diagnóstica, já que os casos de tuberculose são descobertos em nível hospitalar e contam com diversos recursos, e também poderiam estar relacionadas ao maior número de associação com AIDS, que no estudo representa 58,6% dos 604 casos.

Na Tabela 4, descrevem-se os casos de tuberculose conforme o motivo de procura dos pacientes pelo serviço no período de 1993 a 1998. Casos de apresentação espontânea correspondem ao maior percentual (48,8%) e são seguidos por aqueles em que se diagnostica a AIDS (22,2%).

As ações para o controle da tuberculose no Brasil têm como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos estimados e curar pelo menos 85% dos diagnosticados. A expansão das ações de controle se dará no âmbito da atenção básica, atingindo 100% dos municípios ⁽⁹⁾.

Em nível hospitalar, pôde-se evidenciar que os serviços de menor complexidade não estão fazendo o

Tabela 4 - Distribuição dos casos de tuberculose notificados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da FUNFARME de São José do Rio Preto, no período de 1993 a 1998, segundo motivo de procura pelo serviço e ano de notificação.

MOTIVO DE PROCURA PELO SERVIÇO	1993		1994		1995		1996		1997		1998		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Espontânea	41	39,4	41	50	33	51,6	54	47,8	78	46,6	51	63,8	295	48,8
AIDS	31	29,8	25	30,8	17	26,6	34	30	22	13,7	5	6,2	134	22,2
Outros motivos	19	18,3	10	12,2	9	14	15	13,2	21	13	5	6,2	79	13
Encaminhados por outro serviço de saúde	10	9,6	4	4,9	3	4,7	6	5,3	32	19,9	16	20	71	11,8
Controle de comunicantes	-	-	-	-	-	-	-	-	6	3,7	-	-	6	1
Sem informação	3	2,9	2	2,4	2	3,1	4	3,5	5	3,1	3	3,7	19	3,1
TOTAL	104	100	82	100	64	100	113	100	161	100	80	100	604	100

diagnóstico dos sintomáticos respiratórios. Os encaminhados por outros serviços de saúde somaram 71 casos (11%). Esses números demonstram a baixa resolutividade das Unidades Básicas de Saúde do município e da região. Elas são deficientes na descoberta de casos pela baciloscopia de escarro em sintomáticos respiratórios, uma das ações mais básicas e importantes do programa, assim como o tratamento e o controle.

Destaca-se que apenas 1% dos casos notificados, procuraram o serviço por serem comunicantes. Esses resultados evidenciaram a necessidade de se rever o tipo de atenção que os serviços de saúde estão prestando, pois o controle dos comunicantes é uma estratégia eficaz, utilizada em saúde pública para interromper a cadeia de transmissão da doença.

Como se pode visualizar na Tabela 5, o resultado da baciloscopia de escarro, provavelmente determinou os diagnósticos em 298 casos (49,3%) com baciloscopia positiva; em 25,5% não houve a confirmação; e em 15,5% o exame apresentou-se negativo. Destaca-se que em 9,9% dos casos não foi realizado a baciloscopia. Observou-se que 50% utilizaram-se do exame radiológico para o diagnóstico, isto poderia estar ocorrendo devido a facilidade na sua realização o que diminui o número de baciloscopia positiva e provavelmente por ser rotina do serviço os exames de baciloscopia e radiológicos em todos pacientes suspeitos de tuberculose.

Em um estudo semelhante ⁽¹⁰⁾, encontraram-se 58,7% dos casos com baciloscopia positiva, enquanto

25,1% apresentaram baciloscopia negativa e 13,9% não realizada. No Brasil, no período de 1981 a 1990 a variação foi de 59,3% a 52,2% ⁽¹¹⁾.

A Tabela 6 abrange o período de 1993 a 1998 e ilustra os casos de tuberculose distribuídos segundo doenças associadas. Dentre estas, percebe-se que a AIDS apresentou índices elevados nos anos de 1993 (69,4%), 1995 (72,4%) e 1996 (66,3%).

Vários trabalhos têm atentado para o fato de a infectividade do bacilo da tuberculose ser 10 vezes maior em indivíduos portadores do HIV. Dentre estes, aqueles previamente infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis* são acometidos pela doença em maior proporção, pela reativação de um foco endógeno latente. Os sintomas ou sinais desta podem aparecer, em casos desse tipo, antes dos da imunodeficiência ^(12, 13, 14, 15, 16).

O município de São José do Rio Preto apresentou, no ano de 2002, um coeficiente de incidência de AIDS de 45,1/100.000 habitantes. Esses índices classificam o município em 2º lugar no Brasil e em 1º lugar no Estado de São Paulo ⁽¹⁷⁾.

No ano de 2002, em relação à associação entre tuberculose e HIV positivo, na DIR – XXII, à qual pertence o município de São José do Rio Preto, foram diagnosticados 355 casos de tuberculose, 71 (20%) destes também HIV positivo. No município de São José do Rio Preto, no mesmo ano, o total de casos notificados foi de 135, sendo 38 (28,15%) HIV positivo.

Tabela 5 - Distribuição dos casos de tuberculose notificados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da FUNFARME de São José do Rio Preto, no período de 1993 a 1998, segundo o resultado da baciloscopia de escarro e ano de notificação.

BACILOSCOPIA	1993		1994		ANO 1995		1996		1997		1998		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positivo	56	53,3	50	61	21	32,8	33	29,2	94	58,4	44	55	298	49,3
Negativo	30	28,6	18	22	9	14,1	42	37,2	40	24,8	15	18,8	154	25,5
Em Andamento	2	1,9	2	2,4	1	1,6	1	0,9	1	0,6	-	-	7	1,2
Não Realizado	8	7,7	5	6,1	6	9,4	23	20,4	11	6,8	7	8,8	60	9,9
Sem Informação	8	7,7	7	8,5	27	42,2	14	12,4	15	9,3	14	10,5	85	14,1
TOTAL	104	100	82	100	64	100	113	100	161	100	80	100	604	100

Tabela 6 - Distribuição dos casos de tuberculose notificados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da FUNFARME de São José do Rio Preto, no período de 1993 a 1998, segundo doenças associadas e ano de notificação.

DOENÇAS ASSOCIADAS	1993		1994		ANO 1995		1996		1997		1998		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AIDS	41	69,4	43	68,3	34	72,4	59	66,3	60	53,5	23	31,1	260	58,6
Alcoolismo	4	6,8	5	7,9	4	8,5	14	15,7	14	12,5	15	20,3	56	12,6
Diabetes	3	5,1	5	7,9	1	2,1	4	4,5	6	5,4	6	8,1	25	5,6
Doença Cardiovascular	4	6,8	2	3,2	3	6,4	4	4,5	6	5,4	8	10,8	27	6,1
Outras doenças	7	11,9	8	12,7	5	10,6	8	9	26	23,2	22	29,7	76	17,1

É importante esclarecer que, na Tabela 5, os dados segundo doenças associadas são múltiplos, significando que a um mesmo caso podem corresponder uma ou mais doenças.

As doenças associadas à tuberculose, como diabetes e alcoolismo, tiveram um aumento na proporção de casos, principalmente o alcoolismo, atingindo o percentual de 20,3% em 1998. Esses dados mostram a necessidade das equipes do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) trabalharem de forma integrada a outros programas de saúde - como os de atenção ao adulto (diabetes, hipertensão, etc.) -, aos Núcleos de Apoio Psico-Social (NAPS) - para o seguimento de doentes etilistas crônicos - e a outros setores sociais que ofereçam diferentes formas de apoio social.

Características relacionadas ao preenchimento das fichas

A distribuição dos casos de tuberculose, segundo a ausência de preenchimento dos dados da ficha de

notificação, no período de 1993 a 1998, pode-se verificar que os quesitos relacionados à identificação das fichas - número da ficha e número de prontuário - foram preenchidos em apenas 0,3% e 3,3% dos casos, respectivamente. Ao contrário do que ocorreu na análise da identificação dos pacientes, as informações a respeito do endereço, não foram dadas em 111 casos (18,4%). Esses números influenciam nas ações propostas pelo DOTS.

Observou-se, ainda, o não-preenchimento dos itens que especificavam: a ocupação em 176 casos; a escolaridade em 569, o tratamento atual em 122, a internação em 187 e a saída do hospital em 170. Tais achados evidenciam falhas no sistema de vigilância epidemiológica da instituição estudada. Entre os 604 casos estudados, há um percentual relativamente alto de não-preenchimento de itens que fornecem dados essenciais para a identificação do paciente portador de tuberculose.

Uma possível explicação para o problema do não-preenchimento de determinados itens das fichas de

notificação pode estar relacionada ao fato de estas fichas serem preenchidas a partir dos dados do prontuário do doente, registros que nem sempre contêm tais informações.

Discussão

As informações obtidas a partir da presente pesquisa permitiram estabelecer um perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da FUNFARME, no período de 1993 a 1998. Além disso, puderam ser evidenciados problemas que podem estar influenciando as ações atualmente em desenvolvimento no PCT desta instituição.

O estudo mostrou que o início do tratamento, deuse até sete dias após a internação, ficando evidente e preocupante o tempo em que o paciente fica internado no hospital sem iniciar tratamento, considerando que, 49,3% dos internados tinham baciloscopia positiva. A alta transmissibilidade da tuberculose, principalmente em locais como as instituições de saúde, representa um risco de contagiosidade para os outros pacientes e profissionais de saúde.

Acredita-se que esteja ocorrendo um importante viés no sistema da saúde. As Unidades Básicas não estão detectando os casos, seja pela dificuldade de acesso aos serviços, seja por não estarem integradas ao programa de controle. A consequência disso é que os pacientes passam a procurar o hospital, algumas vezes em condições clínicas extremamente afetadas. Entretanto, uma análise a respeito da organização do serviço no município, no que tange às ações do programa de controle da tuberculose em São José do Rio Preto, é questão para ser melhor estudada ou pesquisada no futuro.

Baseado nos princípios que norteiam as diretrizes do Sistema Único de Saúde - universalidade, equidade e integralidade -, considera-se que todo cidadão possui direitos iguais perante o SUS, devendo ser atendido conforme as suas necessidades. A organização de serviços de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente e disposta em uma área geográfica delimitada também faz parte desses preceitos.

Por oferecer uma maior complexidade de assistência à saúde, o Hospital de Base, não conta com Programa de Controle de tuberculose, encaminhando os pacientes de para os serviços de nível primário de atendimento do município e da região, a fim de darem continuidade ao tratamento e acompanharem os casos.

Os altos índices de internação para confirmação do diagnóstico (40,6%), revelam a precariedade da

atenção, neste contexto, das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Consideradas a porta de entrada do sistema de saúde, as UBS deveriam prestar, de forma organizada, ações padronizadas pelo Programa de Controle da Tuberculose no diagnóstico, tratamento e controle da doença.

Sendo assim, a atenção primária à saúde constituiu-se, de modo geral, numa estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde. Ela alicerça-se na possibilidade de satisfazer os problemas de saúde de cada população e organizar os níveis de atenção de forma a minimizar os custos econômicos e sociais de suas necessidades. O enfoque, nesse contexto, está numa estratégia de operacionalização de atenção primária de saúde o mais clara possível.

A Unidade Básica de Saúde deve ser constituída como uma instância de prestação de assistência mais global. Deve, ainda, ser inovadora e tecnologicamente moderna; envolver ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras de forma integrada e por meio da vigilância da saúde. As intervenções do Programa Saúde da Família também conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes naturais e sociais.

Por meio do PSF, o município de São José do Rio Preto está descentralizando as ações do Programa de Controle da Tuberculose. Essa prática cria estratégias adequadas das mesmas e possibilita a conscientização de todos os envolvidos na questão de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento supervisionado da tuberculose.

Este estudo permitiu uma reflexão sobre a necessidade de se repensar a prática da assistência de controle e combate da tuberculose. Buscou salientar a importância de fazê-lo de forma integrada e de desenvolver a vigilância epidemiológica com equipes adequadamente preparadas e conscientes da complexa questão da saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Plano nacional de controle da tuberculose. Brasília (DF); 1999. 184 p.
2. Sanchez A, Cruz FAAS, Rocha ALC, Marques AMC, Rosemberg AM, Queiroz AMD, et al. Juntos na luta contra a tuberculose. Bol Pneumol Sanit 2002;10(2):05-12.
3. Ruffino-Netto A. Avaliação de excesso de caso de tuberculose atribuídos a infecção HIV/AIDS: ensaio preliminar. Rev Saúde Pública 1995;29 (4):279-82.
4. Gazeta CE. Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José do Rio Preto-SP, de 1993 a 1998, a partir das notificações da doença em um hospital

[dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 1999.

5. São José do Rio Preto. Prefeitura Municipal. Conjuntura Econômica de São José do Rio Preto. 2003.
6. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de Tuberculose. Documento informativo: a tuberculose no Estado de São Paulo. São Paulo: C.V.E. Prof^o Alexandre Vranjac; 1998.
7. Vendramini SHF, Villa TCS, Gonzales RIC, Monroe AA. Tuberculose no idoso: análise do conceito. Rev Latino-Americana Enferm 2003;11(1): 96-103.
8. Almeida FN, Rouquayrol MZ. Fundamentos metodológicos da epidemiologia. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia e saúde. 4^aed. Rio de Janeiro: Medsi; 1994. p157-83.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Manual Técnico para o controle da Tuberculose: Caderno de Atenção Básica – 6. 6^a ed. Rev. e ampl. Brasília. 2002; 62 p.
10. Watanabe A, Ruffino-Netto. O perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados, em hospital terciário Ribeirão Preto –São Paulo. Bol Pneumol Sanit 2001; 9(1):19-34.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Reunião de avaliação operacional e epidemiológica do programa de controle da tuberculose. Bol Pneumol Sanit 1993; (n^o especial): 9-90.
12. Braun MM, Cote TR, Ralkin CS. Acquired Immunodeficiency Syndrome and extrapulmonary tuberculosis in the United States. Arch Intern Med 1990;150(9):1913-6.
13. Garcia MLG, Gómez JLV, Sancho MCG, Álvarez RAS, Zacarias F, Amor JS. Epidemiologia del SIDA y la tuberculosis. Bol Oficina Sanit Panam 1994; 116(6):546-65.
14. Centers for Disease. Control and prevention tuberculosis morbidity: United States 1992. Mon sur 1993; 42:703-4.
15. Braun MM. Trends in death with tuberculosis during the AIDS. JAMA 1993; 269(22):2865-8.
16. McKenna MT. The fall after the rise: tuberculosis in the United States, 1991 Through 1994. Am J Publ Health 1998; 88(7):1059-63.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Bol Epidemiol AIDS 2002; Abril – Dez. ■

BULA RESUMIDA: SPIRIVA® (Brometo de tiotrópio). USO ADULTO. FORMA FARMACÊUTICA E APRESENTAÇÕES: Cápsula contendo pó para inalação: embalagem com 30 cápsulas. Cápsula contendo pó para inalação: embalagem com 10 e 30 cápsulas acompanhada de HANDIHALER®. **COMPOSIÇÃO** Cada cápsula para inalação contém: Tiotrópio 18 mcg (Correspondente a 22,5 mcg de brometo de tiotrópio monodratado). **INDICAÇÕES:** Tratamento de manutenção de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), incluindo bronquite crônica e enfisema, da dispnéia associada e para a prevenção de exacerbações. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Pacientes com história de hipersensibilidade à atropina ou a seus derivados, p.ex. ipratrópio ou oxitrópio, ou a qualquer componente que faça parte da sua formulação. **PRECAUÇÕES:** SPIRIVA® é um broncodilatador de manutenção de dose única diária e não deve ser utilizado para o tratamento de resgate em episódios agudos de broncospasmo. Após a administração de SPIRIVA® em pó para inalação podem ocorrer reações de hipersensibilidade imediatas. Assim como outros fármacos anticolinérgicos, SPIRIVA® deve ser utilizado com cautela em pacientes com glaucoma de ângulo fechado, hiperplasia prostática ou obstrução do colo vesical. Medicamentos inalatórios podem provocar o aparecimento de broncospasmo paradoxal. Assim como outros fármacos excretados predominantemente por via renal, a administração de SPIRIVA® deve ser monitorada cuidadosamente em pacientes com comprometimento moderado a grave da função renal (depuração de creatinina ≤ 50 ml/min). Os pacientes devem ser instruídos quanto à correta administração das cápsulas de SPIRIVA®. Eles devem ser alertados no sentido de evitar o contato do fármaco com os olhos. Dor ou desconforto nos olhos, visão embaçada, visão de halos ou imagens coloridas em associação com olhos avermelhados decorrentes de congestão conjuntiva e edema de córnea podem ser sinais de glaucoma de ângulo fechado. Desenvolvendo-se quaisquer desses sintomas, os pacientes devem procurar um especialista imediatamente. Soluções mióticas não são consideradas um tratamento efetivo. SPIRIVA® não deve ser utilizado mais do que uma vez ao dia. As cápsulas de SPIRIVA® devem ser usadas somente com o HANDIHALER® que acompanha o produto. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Não há estudos para se recomendar o uso concomitante de tiotrópio com outros medicamentos anticolinérgicos. Embora não se tenham realizado estudos para avaliar eventuais interações medicamentosas, o tiotrópio em pó para inalação tem sido utilizado concomitantemente com outros fármacos sem terem sido observadas manifestações de reações adversas associadas ao fármaco. Incluem-se broncodilatadores simpaticomiméticos, metilxantinas, esteróides orais e inalatórios, comumente utilizados no tratamento de DPOC. **REAÇÕES ADVERSAS:** Os efeitos indesejáveis relacionados abaixo foram atribuídos à administração de SPIRIVA® baseando-se em fatos razoáveis que sugerem uma relação causal. As frequências indicadas abaixo relatam incidências independentes da avaliação de causalidade em qualquer caso individual. A informação é baseada em 4 estudos clínicos envolvendo 906 pacientes tratados com SPIRIVA® durante um período de até 1 ano. **Trato gastrointestinal** – 14%: secura da boca, em geral leve e frequentemente resolvida com a continuidade do tratamento. Entre 1% e 10%: constipação. **Sistema respiratório** – Entre 1% e 10%: tosse e irritação local, incluindo irritação da garganta (similar a outras terapias inalatórias). **Sistema cardiovascular** – Entre 0,1% e 1%: taquicardia. Além disso, relataram-se, normalmente em pacientes suscetíveis, casos isolados de taquicardia supraventricular e de fibrilação atrial associadas ao uso de tiotrópio. **Sistema urinário** – Entre 0,1% e 1%: dificuldade de urinar e retenção urinária (em homens com fatores de predisposição). **Reações alérgicas** – Entre 0,1% e 1%: reações de hipersensibilidade incluindo casos isolados de angioedema. A maioria das reações adversas mencionadas acima podem ser atribuídas às propriedades anticolinérgicas de SPIRIVA®. Podem ocorrer outros efeitos anticolinérgicos como visão embaçada e glaucoma agudo. Assim como ocorre com outras terapias inalatórias, pode ocorrer broncospasmo paradoxal. **POSOLOGIA:** A dosagem recomendada é a inalação do conteúdo de uma cápsula de SPIRIVA® uma vez ao dia, com o auxílio do HANDIHALER®, sempre no mesmo horário. As cápsulas de SPIRIVA® não devem ser deglutidas. Pacientes idosos podem utilizar SPIRIVA® nas doses recomendadas. Pacientes com função renal comprometida podem utilizar SPIRIVA® nas doses recomendadas. Entretanto, assim como com outros fármacos excretados predominantemente por via renal, o uso de SPIRIVA® deve ser monitorado cuidadosamente em pacientes com comprometimento moderado a grave da função renal. Pacientes com função hepática comprometida podem utilizar SPIRIVA® nas doses recomendadas. A segurança e a eficácia de tiotrópio, pó para inalação, não foram estabelecidas em pacientes pediátricos e, portanto, SPIRIVA® não deve ser utilizado em crianças. **Observação:** as cápsulas de SPIRIVA® não devem ser expostas (no blister ou no HANDIHALER®) a temperaturas superiores a 25°C, isto é, elas não devem ser expostas à luz e ao calor. **SUPERDOSAGEM:** Altas doses de SPIRIVA® podem levar a sinais e sintomas anticolinérgicos. Entretanto, não ocorreram reações adversas anticolinérgicas sistêmicas após inalação de dose única de até 282 mcg de tiotrópio por voluntários sadios. Observou-se conjuntivite bilateral em associação com secura da boca, após repetidas inalações de doses únicas diárias de 141 mcg de tiotrópio, em voluntários sadios, que foram resolvidas durante o tratamento. A única reação adversa atribuída ao tiotrópio, em estudos com múltiplas doses em pacientes com DPOC recebendo uma dose diária máxima de 36 mcg de tiotrópio durante quatro semanas, foi secura da boca. A ocorrência de intoxicação aguda, devido à ingestão oral de cápsulas de tiotrópio é improvável, devido à baixa biodisponibilidade oral. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** **ATENÇÃO:** Este produto é um novo medicamento e, embora as pesquisas realizadas tenham indicado eficácia e segurança quando corretamente indicado, podem ocorrer reações adversas imprevisíveis ainda não descritas ou conhecidas. Em caso de suspeita de reação adversa, o médico responsável deve ser notificado. Resp. Técn.: Farm. Laura M. S. Ramos, CRF-SP n^o 6.870. **SPIRIVA® cápsulas:** MS-1.0367.0137. Fabricado por: Boehringer Ingelheim Pharma KG Ingelheim am Rhein, Alemanha. **HANDIHALER®:** MS-10036780001. Fabricado por: RPC Formatec Mellrichstadt – Alemanha. Importado e distribuído por: Boehringer Ingelheim do Brasil Química e Farmacêutica Ltda. Rod. Regis Bittencourt (BR116), km 286 - Itapeverica da Serra – SP. CNPJ/MF n^o 60.831.658/0021-10. (ref.: BPI 0251-01 20011128). VERSÃO: SPIR-R-030425-1