

Perfil Epidemiológico dos casos de Tuberculose Extrapulmonar em um município do estado da Paraíba, 2001–2010

Epidemiological Profile of Extra-pulmonary Tuberculosis cases in a municipality of Paraíba state, 2001–2010

Phelipe Gomes de Barros¹, Mayrla Lima Pinto², Talina Carla da Silva³, Edwirde Luiz Silva⁴, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo⁵

RESUMO

Introdução: A forma extrapulmonar da tuberculose é aquela em que há comprometimento de outros órgãos diferentes do pulmão. **Objetivo:** Identificar o perfil dos casos de tuberculose extrapulmonar notificados no município de Campina Grande (PB) no período de 2001 a 2010. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal com abordagem quantitativa. Os dados foram submetidos ao cálculo de frequências absolutas e relativas, incidências e aplicação do teste χ^2 para associação. **Resultados:** A incidência média foi de 5,3/100.000 habitantes. O perfil evidenciou sexo masculino (52,8%), idade entre 20 e 39 anos (48,4%), raça branca (44,4%) e com ensino fundamental incompleto (39,3%), houve forte associação entre indicação ao Tratamento Supervisionado e as variáveis escolaridade, realização do teste anti-HIV e presença de AIDS, sendo o acometimento pleural e ganglionar periférico os de maior prevalência entre os casos. **Conclusão:** Conhecer o perfil e as características clínico-epidemiológicas da tuberculose extrapulmonar se faz importante, pois pode auxiliar os serviços de saúde na identificação e acompanhamento da população com maior vulnerabilidade para o adoecimento. Tendo em vista a gravidade das lesões e possível evolução ao óbito, esta deve ser diagnosticada e tratada o mais brevemente possível.

Palavras-chave: tuberculose; /epidemiologia; saúde pública.

ABSTRACT

Introduction: The extra-pulmonary form of tuberculosis is the one in which there is a compromising of other organs different from the lung. **Objective:** To identify the profile of the cases of extra-pulmonary tuberculosis notified in the municipality of Campina Grande (PB), Brazil, from 2001 to 2010. **Method:** It is a retrospective, transversal study with quantitative approach. The data were submitted to the calculation of absolute and relative frequencies, incidences and application of χ^2 test for association. **Results:** The average incidence was of 5.3/100,000 inhabitants. The profile evidenced male (52.8%), age between 20 and 39 years old (48.4%), white race (44.4%) and with incomplete high school (39.3%), there was a strong association between indication to the Supervised Treatment and the variables schooling, accomplishment anti-VIH and presence of AIDS, the pleural and ganglionic peripheral attack the most prevalent among the cases. **Conclusion:** To know the profile and the clinical-epidemiological characteristics of the extra-pulmonary tuberculosis is important, because it can help the health services on the identification and follow-up of the population with bigger vulnerability to falling sick. Having in mind the gravity of the lesions and possible evolution to death, it must be diagnosed and treated as soon as possible.

Keywords: tuberculosis; /epidemiology; public health.

Trabalho realizado na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campina Grande (PB), Brasil.

¹Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência e UTI pela Faculdade Rendoritor; Coordenador do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador na Secretaria Municipal de Saúde – Caicó (RN), Brasil.

²Mestre em Saúde Pública pela Universidade UEPB; Enfermeira do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.

³Mestre em Saúde Pública pela UEPB; Professora da Faculdade Santa Maria – Cajazeiras (PB), Brasil.

⁴Doutor em Estatística e Investigação Operativa pela Universidade de Granada, Espanha; Professor da UEPB – Campina Grande (PB), Brasil.

⁵Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); Professora da UEPB – Campina Grande (PB), Brasil.

Endereço para correspondência: Phelipe Gomes de Barros – Rua Homero Alves S/N – Vila do Príncipe – CEP: 59300-000 – Caicó (RN), Brasil –

E-mail: phelipe.barros@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*¹⁻³ e, em geral, os indivíduos acometidos por imunossupressão compõem a parcela da população com maior probabilidade de desenvolvimento da enfermidade^{1,4}.

No Brasil, a Tuberculose é um problema de saúde prioritário, tendo em vista que o país ocupa a 16ª posição no *ranking* composto pelos 22 países com maior carga da doença no mundo, necessitando de melhorias no controle da doença¹. Foram registrados, no país em 2013, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 88.450 casos, sendo 73.835 na forma pulmonar, 11.844 na forma extrapulmonar, e 2.720 notificados como pulmonar e extrapulmonar concomitantemente⁵.

O Estado da Paraíba foi responsável pela notificação de 1.465 casos no ano supracitado; dentre estes, 152 foram notificados no município de Campina Grande, sendo 117 casos de tuberculose pulmonar, 33 extrapulmonares e 2 casos de tuberculose pulmonar e extrapulmonar⁵. Um dado relevante relacionado à Tuberculose Extrapulmonar (TBEP) na Paraíba é que dos casos notificados no ano em questão, 82 casos foram curados, 19 apresentaram como desfecho o abandono e 4 o óbito por tuberculose. Quanto ao tipo de entrada, chama a atenção o número de 8 casos por recidiva⁵, o que evidencia que, além desse tipo de forma clínica ser responsável por parte das mortes relacionadas à doença, também demonstra um elevado número de retorno do quadro após a cura.

A principal forma de contágio da TB é através do ar^{2,4}. Depois de penetrar no organismo pela via respiratória, o *M. tuberculosis* pode disseminar-se para diversos órgãos, caracterizando a TBEP^{2,6,7}. O diagnóstico desta forma clínica torna-se mais complexo pelo fato da dificuldade de acesso às áreas acometidas e/ou devido à maioria das lesões serem paucibacilares.

Ao considerar o panorama atual, as formas de TBEP ganham importante destaque em virtude do aumento de sua incidência e ao fato de estarem diretamente relacionada ao grande número de casos de indivíduos que vivem com o HIV/Aids^{1,2,8}.

Diante dos preocupantes dados relacionados à TBEP e pelos escassos estudos voltados à temática, faz-se necessário um aumento do número de pesquisas, de modo a fomentar a identificação das populações com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento da forma em questão, subsidiando uma detecção precoce, evitando complicações, promovendo um aumento no número de curas e diminuição nos óbitos relacionados a essa forma de tuberculose.

Assim, esse estudo objetivou identificar o perfil epidemiológico dos casos de Tuberculose Extrapulmonar notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no período de 2001 a 2010 no município de Campina Grande pertencente ao estado da Paraíba, Brasil.

MÉTODO

Estudo transversal e retrospectivo realizado no município de Campina Grande, estado da Paraíba, região Nordeste do Brasil, no período de 2001 a 2010. Campina Grande possuía, no ano de 2010, cerca de 385.213 habitantes em uma área de 594,182 km² de extensão, com densidade demográfica correspondente a 648,31 (hab/km²) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,720.

A coleta das informações aconteceu durante os meses de junho e julho de 2014, utilizando fonte secundária, através do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), fornecido pela Secretaria Municipal da Saúde. Posteriormente, os dados foram organizados considerando a forma da doença (se extrapulmonar, ou extrapulmonar + pulmonar).

Para análise dos dados, se utilizou o software R, onde estes foram submetidos a cálculos de frequência absoluta e relativa, considerando-se as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, raça e nível de escolaridade), clínicas (forma clínica, tipo de tuberculose extrapulmonar, agravos associados, testagem anti-HIV e indicação para tratamento supervisionado) e epidemiológicas (tipo de entrada: caso novo, recidiva, transferência, reingresso pós-abandono; e situação de encerramento do caso: cura, óbito, abandono, mudança de diagnóstico e transferência para outro serviço de saúde ou município).

Também foi calculada a taxa de incidência por 100.000 habitantes para a série histórica, utilizando o Tabwin do Ministério da Saúde, com criação de gráfico no Excel 2010. Para verificar associação das variáveis elencadas para o perfil e a forma de tuberculose estudada, utilizou-se o teste χ^2 , sendo considerado o valor de 5% ($p < 0,05$) para a significância em um intervalo de confiança de 95% (IC95%), o mesmo foi utilizado para o cruzamento de todas as variáveis estudadas entre si, para a verificação das que eram ou não associadas.

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o protocolo CAAE 0176.0.133.000-11, respeitando o que preconiza a Resolução 466/2012.

RESULTADOS

No período de 2001 a 2010, foram notificados 214 casos de tuberculose extrapulmonar em Campina Grande. A incidência média para o mesmo período foi de 5,3 por 100.000 habitantes. Ao avaliar ano a ano, observa-se que, de modo geral, esta se mantém em tendência de queda de 7,0/100.000 habitantes (2001) para 4,9/100.000 habitantes (2010); Entretanto, nesse intervalo, alguns anos se destacaram com elevações: 2005 (6,6/100.000 habitantes) e 2007 (6,3/100.000 habitantes), como

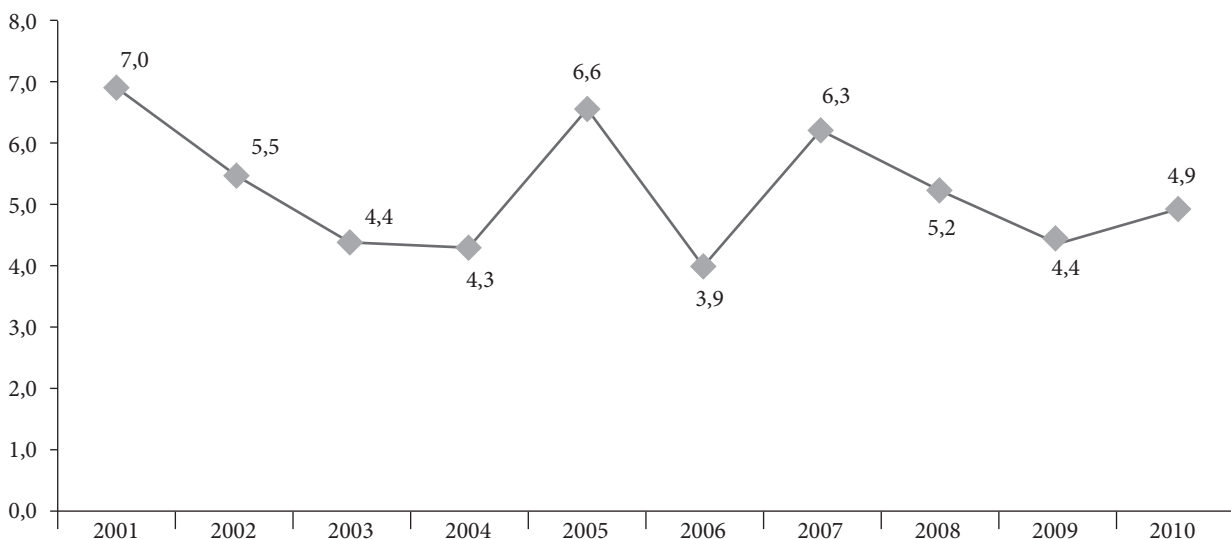
pode ser percebido na Figura 1. As incidências do município, quando comparadas às do estado, demonstraram serem maiores em todo o período de estudo conforme a Figura 2.

A partir da Tabela 1, é possível visualizar que o perfil dos doentes nos 10 anos de estudo obedeceu ao seguinte padrão: indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 39 anos, raça/cor branca ($p=0,043$) e com baixa escolaridade. Os pardos foram responsáveis por, aproximadamente, um terço das notificações.

Com relação às variáveis clínicas, de acordo com a Tabela 2, a maioria das notificações foi de casos novos, com forma somente

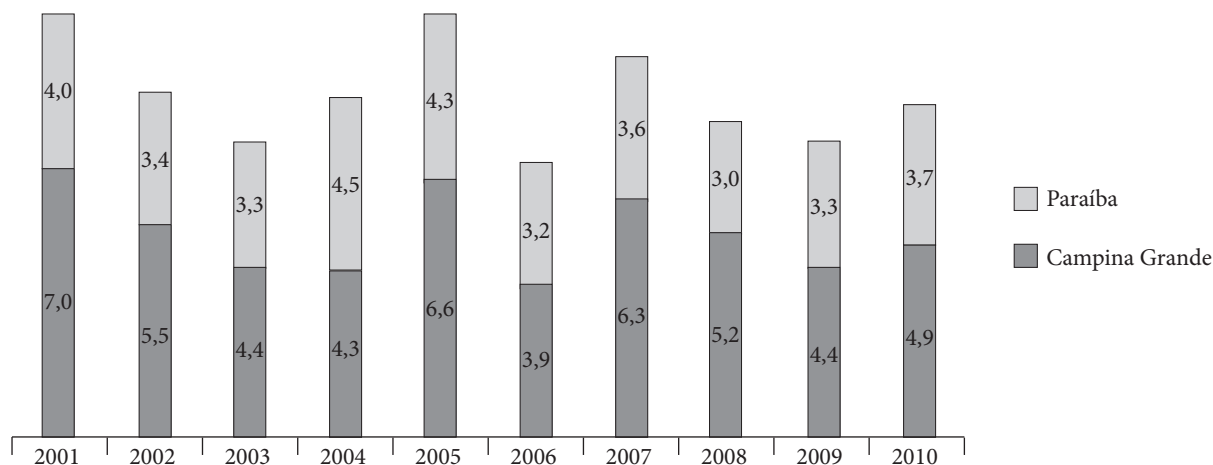
extrapulmonar ($p=0,027$), sendo as formas pleural e ganglionar periférica as mais comuns. Entretanto, em alguns casos, os indivíduos possuíam mais de um sítio de infecção.

Em relação às comorbidades, a maioria das notificações assinalou como ignorado ou foi deixado em branco a presença de “Aids”, “diabetes”, “doença mental” e “uso do álcool”, associados ao quadro de TBEP, limitando a análise desses campos. Todavia, quando houve preenchimento, a maioria dos casos evidenciou não haver presença destas. Enquanto que, para o “uso do álcool”, quando notificado, alguns casos possuíam o agravo relacionado.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Ministério da Saúde, 2013.

Figura 1. Incidência de Tuberculose Extrapulmonar por 100.000 habitantes no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil, no período de 2001 a 2010



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Ministério da Saúde, 2013.

Figura 2. Incidência de Tuberculose Extrapulmonar por 100.000 habitantes, no município de Campina Grande, Paraíba, comparada à incidência estadual no período de 2001 a 2010

Tabela 1. Distribuição dos casos de tuberculose extrapulmonar, segundo variáveis sociodemográficas do município de Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2001 a 2010

	Campina Grande		
	n	%	Valor p
Sexo			0,522
Masculino	113	52,8	
Feminino	101	47,2	
Faixa etária (anos)			
0-9	15	7,0	
10-19	16	7,3	
20-39	104	48,4	
40-59	60	28,1	
60 e mais	19	9,2	
Raça			0,043
Branca	95	44,4	
Preta	21	9,8	
Amarela	11	5,1	
Parda	71	33,2	
Indígena	0	0,0	
Ignorado	4	1,9	
Em branco	12	5,6	
Escolaridade			0,606
Nenhuma	11	5,1	
Ensino Fundamental Incompleto	84	39,3	
Ensino Fundamental Completo	8	3,7	
Ensino Médio Incompleto	35	16,4	
Ensino Médio Completo	6	2,8	
Ensino Superior Incompleto	5	2,3	
Ensino Superior Completo	21	9,8	
Ignorado	11	5,2	
Não se aplica	10	4,7	
Em branco	23	10,7	

Fonte: Sistema de Informações de Agravos Notificáveis, 2013

A principal situação de encerramento foi a cura, seguida por abandono, não sendo notificado nenhum óbito por TBEP, mas por outras causas. Quanto à testagem anti-HIV, na grande maioria dos casos notificados, esta não foi realizada.

Quando realizada análise de associação entre todas as variáveis do estudo entre si, pode-se perceber que o “sexo” e “forma clínica extrapulmonar com um único sítio de infecção” ($p=0,037$) apresentaram associação, onde 60 (53,1%) homens com essa condição foram acometidos unicamente por tuberculose pleural.

Sobre o “sexo” e “situação de encerramento do caso” ($p=0,024$), onde 87 (86,1%) das mulheres foram curadas, enquanto 20 (74,0%) dos homens foram responsáveis pelas notificações de abandono e pela maioria dos óbitos por outras causas 5 (83,3%).

No que diz respeito à “raça” e o “tipo de entrada” ($p=0,047$), em todas as categorias, a maioria foi de casos novos. Também houve associação entre a “raça” e a “escolaridade do indivíduo” ($p=0,039$) onde 34 (47,8%) dos

Tabela 2. Características clínicas dos casos de tuberculose extrapulmonar do município de Campina Grande, Paraíba, Brasil, no período de 2001 a 2010

	Campina Grande		
	n	%	Valor p
Tipo de entrada			0,116
Caso Novo	196	91,6	
Recidiva	6	2,8	
Reingresso após abandono	3	1,4	
Não sabe	1	0,5	
Transferência Extrapulmonar	8	3,7	
Apenas um sítio de infecção			0,027
Pleural	82	42,7	
Ganglionar Periférica	77	40,1	
Geniturinária	4	2,0	
Óssea	7	3,6	
Ocular	5	2,6	
Miliar	3	1,5	
Meningoencefálica	1	0,5	
Cutânea	1	0,5	
Laríngea	1	0,5	
Dois ou mais sítios de infecção			0,086
Ganglionar Periférica e Geniturinária	1	0,5	
Óssea e outra não especificada	1	0,5	
Pleural e outra não especificada	1	0,5	
Outra	6	3,1	
Em branco	2	1,0	
Total	192	100,0	
Pulmonar + extrapulmonar			
Apenas um sítio de infecção			0,059
Pleural	9	40,9	
Ganglionar Periférica	6	27,2	
Geniturinária	1	4,5	
Óssea	0	0,0	
Ocular	0	0,0	
Miliar	2	9,0	
Meningoencefálica	0	0,0	
Cutânea	0	0,0	
Laríngea	0	0,0	
Dois ou mais sítios de infecção			0,134
Miliar e Meningoencefálica	1	4,5	
Outra	1	4,4	
Em branco	2	9,0	
Total	22	100,0	
HIV			0,077
Sim	20	9,3	
Não	31	14,5	
Em Andamento	19	8,9	
Não Realizado	144	67,3	
Situação de encerramento			0,152
Cura	169	79,0	
Abandono	27	12,6	
Óbito por TB	0	2,8	
Óbito por outras causas	6	2,8	
Transferência	5	2,3	
Mudança de diagnóstico	3	1,4	
Tuberculose Multirresistente	1	0,5	
Em branco	3	1,4	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Ministério da Saúde, 2013.

pardos, 5 (45,4%) dos amarelos, 10 (39,2%) dos negros e 32 (33,6%) dos brancos referiram possuir Ensino Fundamental Incompleto.

Quanto ao “nível de escolaridade” e “Testagem anti-HIV” ($p=0,010$), pode-se perceber que em 114 (63,7%) dos casos notificados, não foi realizada a sorologia. O Ensino Fundamental Incompleto foi o que apresentou maior número de realizações de sorologia (25,0%), seguido pelo Ensino Médio Incompleto (15,0%).

Sobre “escolaridade” e “indicação para Tratamento Supervisionado” (TS) ($p=0,014$), a maioria dos casos notificados (63,1%) não foi indicada ao TS. Entre os 55 (25,7%) indicados, 16 (29,0%) possuíam ensino fundamental incompleto.

Quanto ao tipo de entrada e a realização de sorologia anti-HIV ($p=0,023$), dos 214 casos notificados, 196 (91,5%) foram casos novos e, destes, 16 (8,2%) foram positivos para HIV, 26 (13,3%) negativos, 18 (9,2%) estavam em andamento e, na maior parte dos casos 136 (69,4%), não houve realização da sorologia. Dos casos positivos para HIV, 20 (9,3%) de todos os casos notificados, 16 (80,0%) foram casos novos.

Quanto à “realização de sorologia anti-HIV” e a “indicação ao TS” ($p=0,045$), dos 20 (9,3%) positivos para HIV, apenas 4 (20%) foram indicados ao TS, enquanto dos 31 (14,4%) negativos para HIV, 15 (48,4%) tiveram indicação.

Ao associar a “situação de encerramento” e “sorologia anti-HIV” ($p=0,015$), percebe-se que, dos 20 (9,3%) casos positivos, 11 (55,0%) foram curados, 5 (25%) abandonaram o tratamento e 2 (10,0%) tiveram óbito por outras causas diferentes da TBEP.

Acerca de “possuir Aids” e ser “indicado para TS” ($p=0,005$), apenas 15 (7,0%) foram notificados como portadores e, destes, 12 (80%) não foram indicados ao TS e somente 3 (20,0%) sim. Do total de casos notificados, 69 (32,2%) não possuíam o agravo associado à TBEP, entretanto, 29 (42,0%) foram indicados ao tratamento supervisionado e 35 (50,7%) não.

Quanto ao fato de possuir Aids associada à TBEP e o grau de escolaridade dos indivíduos ($p=0,014$) pode-se perceber que dos 15 (7,0%) casos positivos, 7 (46,6%) possuíam nível fundamental incompleto.

Em relação à “forma”, se somente extrapulmonar ou pulmonar+extrapulmonar e os principais tipos de TBEP ($p=0,027$) os tipos que se destacaram foram a pleural e ganglionar periférica. Para os indivíduos apenas com TBEP, 192 (89,7%) do total de casos notificados no município, 82 (42,7) possuíam a forma pleural e 70 (40,8%) a forma ganglionar periférica. Já para os casos de TBEP+TB pulmonar, 22 (10,3%) do total de casos, 9 (40,9%) possuíam acometimento pleural e 6 (27,3%) ganglionar periférico.

DISCUSSÃO

A escolha do município de Campina Grande para a pesquisa baseou-se na relevância da ocorrência de casos de tuberculose extrapulmonar na Paraíba, além deste ser considerado prioritário para o controle da tuberculose no estado.

O fato das incidências anuais municipais serem maiores que as estaduais para o período estudado pode estar relacionado à presença de um Centro de Referência em Tuberculose e Hanseníase, facilitando o diagnóstico da TBEP, aumentando, assim, a sua notificação. A incidência média municipal, para o período estudado, foi de 5,3/100.000 habitantes, considerada expressiva quando comparada à média nacional que é de 5,8/100.000 habitantes.

Houve maior prevalência da TBEP no sexo masculino o que corrobora com estudos nacionais⁸⁻¹¹. Consumo de álcool, formas de trabalho e a maior procura por parte das mulheres aos serviços de saúde são apontados por alguns autores como responsáveis pela diferença entre os sexos¹².

Possivelmente, por serem mais expostos aos fatores de risco, os indivíduos em idade produtiva (20–59 anos) apresentaram maiores números de notificação^{8-10,13,14}, padrão encontrado nacionalmente e justificador do possível prejuízo financeiro para o doente e sua família, advindo do adocimento por tuberculose^{15,16}. O percentual de casos em menores de 15 anos foi de 8,8%, superior ao previsto pelo Ministério da Saúde, 5,0% para a faixa etária em questão³.

Indivíduos com baixa escolaridade foram predominantes, fato que também foi encontrado em doentes com a forma pulmonar em outros estudos^{4,9,13,17-19}. O baixo grau de instrução pode configurar-se como um fator determinante para o aumento da vulnerabilidade social ao qual o indivíduo está exposto, aumentando as chances do desenvolvimento da doença, no sentido de que o acesso à informação sobre a mesma pode estar prejudicado, podendo aumentar o abandono ao tratamento²⁰.

A maioria dos casos notificados foi de indivíduos brancos, seguidos da raça negra; tal fato pode estar relacionado ao aumento do número da população negra nos intervalos entre os anos 2000 e 2010, tanto no estado quanto no município estudado, conforme o Censo Demográfico 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²¹.

A prevalência de forma somente extrapulmonar, sendo o comprometimento pleural, seguido do ganglionar periférico os de maiores incidências, corrobora com a literatura no que diz respeito às características clínicas da TBEP e outros estudos realizados sobre o perfil dos doentes^{8,10,11,22}. Altas incidências dessas formas de TBEP estão relacionadas às elevadas concentrações de oxigênio nessas estruturas que explicam a maior predileção do patógeno, já que o mesmo é aeróbico estrito, o que também explica o quantitativo de

casos de tuberculose pulmonar associada à formas pleurais e ganglionares periféricas^{8,10,22}.

Há fragilidade da completude dos campos da ficha de notificação do SINAN com relação às comorbidades que poderiam estar associadas ao quadro de TBEP e o grau de escolaridade do indivíduo, pois muitas se encontravam em branco^{4,9,23}, o que limitou a análise das variáveis²³.

O fato supracitado pode ser advindo das limitações de alguns profissionais. Em um estudo realizado em seis municípios da Paraíba que buscava conhecer a percepção dos coordenadores dos Programas de Controle da Tuberculose quanto à utilização do Sinan como instrumento da estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*) identificaram-se dificuldades relacionadas ao preenchimento das fichas, demonstrando que a ausência de informações pode dificultar ações eficazes para o controle da TB²⁴.

A cura foi a principal situação de encerramento; no entanto, encontra-se abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) que determina um percentual de 85% de casos novos curados², o mesmo foi encontrado em vários estudos^{8-10,14,22}. Em estudo realizado em um Hospital Universitário de Vitória (ES) sobre o perfil dos profissionais de saúde notificados com tuberculose, encontrou-se um percentual de 88% de cura, superando o determinado pelo MS¹¹.

O fato do maior número de casos curados serem do sexo feminino pode estar associado à prática das mulheres em procurar mais frequentemente os postos de saúde, quando comparadas aos homens¹². Quanto ao abandono do tratamento, o município encontra-se acima (12,6%) do que preconiza o MS como sendo limite para este tipo de situação de encerramento (5%)², o que também foi encontrado em outras pesquisas^{4,9,10,14,22}.

A não realização do exame anti-HIV para a maioria dos casos notificados não está de acordo com as recomendações do MS, que preconiza que seja realizado o exame em 100% dos casos de tuberculose². Porém, isto pode estar relacionado ao fato de que esta só deve ser efetuada com o consentimento do paciente, cabendo ao profissional de saúde explicar a necessidade deste, de forma a convencer o usuário à aceitação do mesmo na busca da melhoria de suas condições de saúde.

Sobre a indicação ao Tratamento Supervisionado, percebe-se que não foi indicado para a maioria dos casos notificados 135 (63,1%), o que pode vir a fragilizar o tratamento, tendo em vista que há evidências que o número de abandonos é menor nos pacientes acompanhados pelo Tratamento Diretamente Observado⁹. O estímulo à indicação dos doentes ao TS deve ser realizado, devido ao aumento da probabilidade de cura, tendo em vista que há uma maior aproximação do profissional do serviço ao contexto em que o doente está inserido,

facilitando a identificação de grupos de risco para a não adesão ao tratamento²⁵.

Quanto à indicação de TS aos HIV positivos, percebe-se que apenas 20% destes foram indicados à supervisão, o que pode vir a aumentar o número de abandonos ao tratamento, já que, muitas vezes, o paciente fará uso de medicações Antirretrovirais (ARV) e anti-TB, possibilitando um aumento nos efeitos colaterais das drogas utilizadas. Além disso, o indivíduo, em decorrência do uso de ARV, pode vir a desenvolver a Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune, que possibilita a exacerbação dos sintomas, gerando agravamento de lesões pré-existentes ou aparecimento de novas lesões, levando-o ao abandono do tratamento².

Diante das maiores taxas de falência terapêutica e recorrência da TB serem observadas em indivíduos coinfectados, existe a necessidade de uma atenção especial no manejo clínico e acompanhamento desses pacientes para que haja eficácia terapêutica, redução de recidivas e abandonos².

A indicação e realização do Tratamento Supervisionado em pacientes de tuberculose que vivem com HIV/Aids pode estar sendo dificultada devido à recomendação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, de que os casos que necessitem de tratamento especial devem ter esquemas terapêuticos realizados nos centros de referência secundária² e, nesses espaços, o atendimento é ofertado à pessoas vindas de diversas localidades da cidade.

Assim, para aderir ao regime de tratamento recomendado pelo Ministério da Saúde, há necessidade de comparecimento ao serviço de saúde para supervisão da tomada medicamentosa (mínimo três vezes por semana)², realização de exames e consulta de acompanhamento mensal, o que implicará em aumento das despesas com transporte, diferentemente do que aconteceria se este fosse acompanhado em uma Unidade Básica de Saúde da Família, localizada nas proximidades da residência do doente.

CONCLUSÕES

O estudo possibilitou identificar o perfil dos indivíduos que foram notificados com Tuberculose Extrapulmonar no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do município de Campina Grande, Paraíba, em dez anos, o qual seguiu o padrão nacional e estadual de adoecimento quanto a todas as formas clínicas da doença: sexo masculino, baixa escolaridade e idade na faixa etária economicamente ativa. A identificação dessas características pode auxiliar os serviços de saúde no acompanhamento da população com maior vulnerabilidade para o adoecimento e desenvolvimento de ações de promoção à saúde e busca ativa de casos.

Apesar de as taxas de incidência da TBEP no decorrer dos anos demonstrarem diminuição, mesmo com anos de pico, esta não necessariamente evidencia melhora na situação epidemiológica desta forma clínica, podendo revelar dificuldade diagnóstica devido à presença de quadros clínicos variados e despreparo profissional.

O acometimento pleural e ganglionar periférico destacou-se dentre os casos de TBEP. O diagnóstico desta configuração como um desafio, tendo em vista a dificuldade advinda da identificação precoce dos sintomas e pelo fato de, por vezes, se manifestarem de forma silenciosa, diferentemente da TB pulmonar, onde a presença de tosse persistente, sinal evidente, por mais de três semanas já é indicação para o rastreio de infecção por *M. tuberculosis*, facilitando, assim, o diagnóstico precoce dessa forma de TB.

No Brasil, a tuberculose é a primeira causa de morte em pacientes que vivem com HIV/Aids. Dessa forma, é preciso traçar estratégias para melhorar o aconselhamento, buscar uma maior aceitação por parte dos doentes na realização do anti-HIV, favorecendo o rastreio para a coinfeção devido a esses indivíduos possuírem maior possibilidade para o surgimento de complicações e abandono de tratamento.

Os achados revelaram fragilidade quanto ao rastreio de agravos associados à TBEP. O preenchimento destas informações na ficha de notificação deve ser incentivado, visando conhecer

a associação da doença com outros problemas de saúde, possibilitando estabelecer estratégias para diminuição de casos novos, recidivas, abandonos, óbitos e complicações, além de influenciar na escolha do esquema de tratamento a ser utilizado e serviço(s) de saúde em que o doente deve ser acompanhado.

A indicação para realização do Tratamento Supervisionado foi pouco ofertada para os doentes de TBEP com baixa escolaridade e nos que possuíam coinfeção. Essa modalidade deve ser oferecida e incentivada para todos os pacientes, possibilitando maior adesão à terapêutica, quando realizados no centro de referência, sugere-se que o doente tenha as doses supervisionadas divididas entre referência secundária e Unidades Básicas de Saúde da Família. Caso haja muita distância ou dificuldade de deslocamento, o oferecimento de incentivos financeiros para deslocamento até o serviço de saúde.

Apesar da tuberculose pulmonar ser a forma mais comum e contagiosa de TB, conhecer o perfil e as características clínicas da TBEP se faz importante, tendo em vista a gravidade das lesões e possível evolução ao óbito, devendo ser diagnosticada e tratada o mais brevemente possível. Além de ser necessária melhoria no preparo profissional para a identificação e manejo clínico das formas de TBEP, sugere-se estabelecimento de vínculos entre os profissionais, doentes e familiares.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2014. Geneva; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Cavalcante EFO, Silva DMGV. Perfil de pessoas acometidas por Tuberculose. Rev Rene. 2013;14(4):720-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Tuberculose - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2013. [internet]. [cited 2014 Oct 25]. Available from: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/tuberculose/bases/tuberbrnet.def>.
- Bethlem EP. Manifestações clínicas da tuberculose pleural, ganglionar, geniturinária e do sistema nervoso central. Pulmão RJ. 2012;21(1):19-22.
- Lopes AJ, Capone D, Mogami R, Tessarollo B, Cunha DL, Capone RB, Siqueira et al. Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem. Pulmão RJ. 2006;15(4):253-61.
- Silva ATP, Monteiro SG, Figueiredo PMS. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose extrapulmonar atendidos em hospital da rede pública no estado do Maranhão. Rev Soc Bras Clin Med. 2011;9(1):11-4.
- Reis DN, Almeida ACA, Quites HFO, Sampaio MM. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Belo Horizonte (MG), no período de 2002 a 2008. Rev Bras Epidemiol. 2013;16(3):592-602.
- Coutinho LASA, Oliveira DS, Souza GF, Fernandes Filho GMC, Saraiva MG. Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Município de João Pessoa - PB, entre 2007 - 2010. Rev Bras Cienc Saúde. 2012;16(1):35-42.
- Prado TN, Galavote HS, Brioshi AP, Lacerda T, Fregona G, Detoni VV, et al. Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose entre os profissionais de saúde no Hospital Universitário em Vitória (ES) Brasil. J Bras Pneumol. 2008;34(8):607-13.
- Monteiro PC, Gazzeta CE. Aspectos epidemiológicos, clínicos e operacionais do controle da tuberculose em um Hospital Escola - 1999 a 2004. Arq Ciênc Saúde. 2007;14(2):99-106.
- Araújo, KMFA, Figueiredo TMRM, Gomes LCF, Pinto ML, Silva TC, Bertolozzi MR. Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB), 2001-2010. Cad Saúde Colet. 2013;21(3):296-302.
- Furlan MCR, Oliveira SP, Marcone SS. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. Acta Paul Enferm. 2012;25(Número Especial 1):108-14.
- Coelho DMM, Viana RL, Madeira CA, Ferreira LOC, Campelo V. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. Epidemiol Serv Saúde. 2010;19(1):33-42.

16. Hino P, Cunha TN, Villa TCS, Santos CB. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(Supl. 1):1295-301.
17. Ferreira RCZ, Sobrinho ECR, Zóia EM, Figueiredo RM. Perfil epidemiológico da tuberculose em município do interior paulista (2001-2010). *Cuid Enferm.* 2013;7(1):7-12.
18. Caliaro JS, Figueiredo RM. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(1):43-7.
19. Curbani P, Moreira CMM, Guidoni LM, Loureiro RB, Prado TN, Nobrega RLP, et al. Diferenças nas características clínicas e epidemiológicas entre os casos notificados por tuberculose na atenção primária e terciária. *Rev Bras Promoc Saude.* 2013;26(2):251-7.
20. Bowkalowski C, Bertolozzi MR. Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade – Curitiba, PR. *Cogitare Enferm.* 2010;15(1):92-9.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. [internet]. [cited 2014 Dec 20]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
22. Barbosa IRB, Costa ICC. Epidemiological aspects of tuberculosis in Natal city. *Rev Enferm UFPI.* 2013;2(2):14-20.
23. Santos NP, Lírio M, Passos LAR, Dias JP, Kritski AL, Calvão-Castro B, et al. Completude das fichas de notificações de tuberculose em cinco capitais do Brasil com elevada incidência da doença. *J Bras Pneumol.* 2013;39(2):221-5.
24. Nogueira JA, Sá LD, França UM, Almeida AS, Figueiredo TMRM, Villa TCS. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba – Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(1):125-31.
25. Figueiredo TMRM, Pinto ML, Cardoso MAA, Silva VA. Desempenho no estabelecimento do vínculo nos serviços de atenção à tuberculose. *Rev Rene.* 2011;12(n. esp.):1028-35.

Recebido em: 29/10/2014
Aprovado em: 06/01/2015