

Características da tuberculose pulmonar em um estado da Amazônia Ocidental*Characteristics of extrapulmonary tuberculosis in a Western Amazonia State*

Mariana Borges Rodrigues Felix¹, Rafaela Oliveira Bonfim², Rebeca Sousa Braga³, Denise Taquini⁴, Tatiane Cabral Siqueira⁵, Arlindo Gonzaga Branco Junior⁶, Nathalia Halax Orfão⁷

RESUMO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que pode se disseminar, pela linfa ou corrente sanguínea, comprometendo outros órgãos por contiguidade. Este estudo teve como objetivo analisar as características da TB extrapulmonar notificadas em Rondônia entre 2015 e 2020. Estudo observacional, analítico, do tipo transversal e abordagem quantitativa realizado a partir dos casos notificados com a forma clínica extrapulmonar e que eram residentes no estado. Os dados foram coletados por meio de um levantamento das variáveis no SINAN, armazenados no Programa Microsoft Excel e analisados por meio de estatística descritiva no software Statistica, da TIBCO, após atender aos preceitos éticos. Foram identificados 584 casos de TB extrapulmonar em Rondônia, sendo que a apresentaram baciloscopia de escarro negativa, radiografia de tórax suspeita de TB, cultura de escarro não realizada/ em andamento, teste de sensibilidade ignorado/ em branco, TMR-TB não realizado, histopatologia sugestivo de TB, coinfectados TB/HIV, notificados no hospital e acompanhados nos serviços especializados, com baixo percentual de cura e elevado para abandono. O elevado percentual de dados não preenchidos de forma adequada no sistema pode gerar impacto no conhecimento e cenário clínico da doença, a fim de propor intervenções pertinentes para o perfil epidemiológico da doença.

Palavras-chave: Tuberculose. Saúde Pública. Sistemas de Informação em Saúde. Epidemiologia.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is an infectious disease that can spread through the lymph or bloodstream, compromising other organs by contiguity. This study aimed to analyze the characteristics of extrapulmonary TB reported in Rondônia between 2015 and 2020. This is an observational, analytical, cross-sectional study with a quantitative approach, based on cases reported with the extrapulmonary clinical form and who were resident in the state. The data was collected through a survey of variables in SINAN, stored in Microsoft Excel and analyzed using descriptive statistics in TIBCO's Statistica software, after complying with ethical precepts. A total of 584 cases of extrapulmonary TB were identified in Rondônia, with negative sputum smear microscopy, chest X-ray suspicion of TB, sputum culture not performed/in progress, sensitivity test ignored/blank, TMR-TB not performed, histopathology suggestive of TB, TB/HIV co-infected, notified at the hospital and followed up in specialized services, with a low percentage of cure and a high percentage of abandonment. The high percentage of data not filled in properly in the system can have an impact on the knowledge and clinical scenario of the disease, in order to propose relevant interventions for the epidemiological profile of the disease.

Keywords: Tuberculosis. Public Health. Health Information Systems. Epidemiology.

¹ Graduanda em enfermagem pela Fundação Universidade Federal de Rondônia, Brasil. E-mail: brfmariana@gmail.com

² Doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil.

³ Graduanda em enfermagem pela Fundação Universidade Federal de Rondônia, Brasil.

⁴ Graduanda em enfermagem pela Fundação Universidade Federal de Rondônia, Brasil.

⁵ Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Hospital de Amor Amazônia, Brasil.

⁶ Médico, Doutorando pelo Programa de Biodiversidade e Tecnologia, Docente no Departamento de Medicina da Universidade Federal de Rondônia, Brasil.

⁷ Docente no Departamento de Medicina da Universidade Federal de Rondônia, Brasil.

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, considerada como uma emergência global pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1993. Em 2021, estima-se que 10,6 milhões de pessoas foram acometidas, causando 1,6 milhões de óbitos¹. Neste cenário, o Brasil ocupa a 20ª posição entre os países com elevada carga da doença com aproximadamente 78.057 mil casos novos, e a 19ª quanto à coinfeção TB/HIV, representando um desafio no âmbito de saúde pública^{1,2}.

A transmissão da TB ocorre por meio das vias aéreas, quando os bacilos são expelidos pela tosse, fala ou espirro de um indivíduo com TB ativa na forma pulmonar ou laríngea. Entretanto, a doença pode se disseminar, pela linfa ou corrente sanguínea, comprometendo outros órgãos por contiguidade, o qual denominamos de TB extrapulmonar³.

Com exceção da TB extrapulmonar laríngea, as demais formas extrapulmonares são desprovidas de infectividade, entretanto, o seu diagnóstico vem aumentando, no Brasil, principalmente entre os infectados pelo HIV e/ou com a síndrome da imunodeficiência adquirida (sida)³. O comprometimento do sistema imunológico aumenta a suscetibilidade a outras infecções causadas por micobactérias de crescimento acelerado. O desenvolvimento da TB extrapulmonar nesses pacientes é 20 vezes maior quando comparado com aqueles que não possuem a coinfeção TB/HIV, acometendo 60% destes casos⁴.

O diagnóstico de TB extrapulmonar apresenta um desafio, uma vez que os exames convencionais para o diagnóstico da TB muitas vezes não contribuem com a detecção desta forma clínica^{4,5}, sendo centralizados nos serviços especializados, tendo em vista que os sinais e sintomas dependem dos órgãos e/ou sistemas acometidos interferindo no contexto clínico-epidemiológico^{3,6}.

Neste sentido, este estudo teve como objetivo analisar as características da TB extrapulmonar notificadas em Rondônia, entre 2015 e 2020.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, analítico, do tipo transversal e abordagem quantitativa realizado em Rondônia, estado localizado na Região Norte do país, com uma

área territorial de aproximadamente 237.765,347 km² e população estimada, em 2021, de 1.815.278 habitantes⁷.

A atenção à TB é descentralizada para as unidades da Atenção Primária à Saúde (APS), a qual é responsável pelas ações de rastreamento dos sintomáticos respiratórios, diagnóstico precoce, notificação no sistema de informação, acompanhamento dos casos com busca dos faltosos, oferta e realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) e investigação dos contatos.

Como suporte, Porto Velho especificamente, possui um serviço especializado sob gestão municipal responsável pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de TB extrapulmonar. Outros municípios contam com o Serviço de Assistência Especializada (SAE) para os casos de coinfeção TB/HIV, e a nível estadual um hospital de referência, no que tange aos casos de TB drogarristente (TB-DR) e aqueles que necessitam de internação, se necessário; além do Laboratório Central de Saúde Pública de Rondônia (LACEN-RO) para os exames de cultura de escarro e teste de sensibilidade.

A população de estudo foi constituída por todos os casos notificados com TB em Rondônia no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2015 a 2020. Como critério de inclusão considerou-se aqueles que possuíam a forma clínica extrapulmonar, e como exclusão os casos que residiam em outros estados.

Os dados foram coletados por meio de um levantamento no SINAN das variáveis – sexo, idade, raça/cor, escolaridade, tipo de entrada, forma clínica, população especial, doenças e agravos associados, exames diagnósticos (baciloscopia de escarro, radiografia de tórax, cultura de escarro, teste de sensibilidade, teste molecular rápido para a TB (TMR-TB), histopatologia), HIV, serviço de saúde de notificação e de tratamento, data de diagnóstico e início do tratamento, situação de encerramento e data de encerramento.

Os dados foram armazenados no Programa Microsoft Excel e analisados por meio de estatística descritiva no software Statistica, da TIBCO, versão 13.5.0.17.

Atendendo às recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o projeto matriz intitulado “Tuberculose no estado de Rondônia: um estudo de avaliação em saúde” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rondônia, conforme parecer 6.652.601.

3. RESULTADOS

No período entre 2015 a 2020, foram notificados 4.451 casos de TB no SINAN.

Destes, 601 (13,50%) possuíam a forma clínica extrapulmonar, dos quais 17 foram excluídos por residirem fora do estado, totalizando 584 casos para este estudo.

O perfil dos casos de TB extrapulmonar são, em sua maioria, do sexo masculino (66,1%), com média de idade foi de 37,5 anos ($dp=\pm 17,11$), sendo o mínimo sete anos e o máximo 94 anos, raça/cor parda (65,9%), de 5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (20,7%), caso novo (85,3%), não se caracterizam como população especial, seja como população privada de liberdade (PPL) (91,6%), população em situação de rua (PSR) (98,1%), profissional de saúde (94,7%) ou imigrante (97,4%); e nem doenças e agravos associados, tais como uso de drogas (93,3%), diabetes mellitus (93,1%), doença mental (96,2%) e outras (70,2%), ainda que 6,3% eram tabagistas, 20,7% com diagnóstico de sida e 9,1% etilistas (Tabela 1).

Em relação aos exames de diagnósticos, a maioria dos casos notificados possuíam baciloscopia de escarro negativa (49,5%), radiografia de tórax suspeito de TB (54,5%), cultura de escarro não realizada/ em andamento (92,3%), teste de sensibilidade ignorado/ em branco (69,9%), TMR-TB não realizado (81,0%) e histopatologia sugestivo de TB (14,4%). Além disso, 20,7% dos casos eram coinfeção TB/HIV, notificação majoritariamente no hospital (36,4%), acompanhamento nos serviços especializados (56,7%), baixa taxa de cura (72,3%) e elevado para o abandono (13,0%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do perfil dos casos de TB extrapulmonar notificados no SINAN em Rondônia, no período de 2015 a 2020.

Variáveis	N (%)
Sexo	
Masculino	386 (66,1)
Feminino	198 (33,9)
Raça/Cor	
Parda	385 (65,9)
Branca	122 (20,9)
Preta	46 (7,9)
Indígena	13 (2,2)
Amarela	11 (1,9)
Ignorado/ Em branco	7 (1,2)
Escolaridade	
Analfabeto	27 (4,6)
1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental	75 (12,8)
4ª série completa do Ensino Fundamental	36 (6,2)
5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental	121 (20,7)
Ensino fundamental completo	20 (3,4)

Ensino médio incompleto		47 (8,0)
Ensino médio completo		102 (17,5)
Ensino superior incompleto		25 (4,3)
Ensino superior completo		58 (9,9)
Ignorado/ Em branco		60 (10,4)
Não se aplica		13 (2,2)
Tipo de entrada		
Caso Novo		498 (85,3)
Retratamento*		62 (8,9)
Transferência		32 (5,5)
Não Sabe		1 (0,2)
Pós-óbito		1 (0,2)
Populações Especiais		
PPL	Não	535 (91,6)
	Sim	37 (6,3)
	Ignorado/ Em branco	12 (2,1)
PSR	Não	573 (98,1)
	Ignorado/ Em branco	8 (1,4)
	Sim	3 (0,5)
Profissionais de Saúde	Não	553 (94,7)
	Sim	23 (3,9)
	Ignorado/ Em branco	8 (1,4)
Imigrante	Não	569 (97,4)
	Ignorado/ Em branco	11 (1,9)
	Sim	4 (0,7)
Doenças e agravos associados		
Uso de drogas ilícitas	Não	545 (93,3)
	Sim	23 (3,9)
	Ignorado/ Em branco	16 (2,7)
Tabagismo	Não	533 (91,3)
	Sim	37 (6,3)
	Ignorado/ Em branco	14 (2,4)
sida	Não	404 (69,2)
	Sim	121 (20,7)
	Ignorado/ Em branco	59 (10,1)
Alcoolismo	Não	517 (88,5)
	Sim	53 (9,1)
	Ignorado/ Em branco	14 (2,4)
Diabetes Mellitus	Não	544 (93,1)
	Sim	26 (4,5)
	Ignorado/ Em branco	14 (2,4)
Doença Mental	Não	562 (96,2)
	Sim	8 (1,4)
	Ignorado/ Em branco	14 (2,4)
Outras	Não	410 (70,2)
	Sim	38 (6,5)
	Ignorado/ Em branco	136 (23,3)

Exames diagnósticos		
Baciloscopia de escarro	Negativa	289 (49,5)
	Não realizada	227 (38,8)
	Não se aplica	67 (11,5)
	Positiva	1 (0,2)
Radiografia de Tórax	Suspeito de TB	318 (54,5)
	Normal/ Outra patologia	162 (27,7)
	Não realizado	97 (16,6)
	Ignorado/ Em branco	7 (1,2)
Cultura de escarro	Não realizada/ Em andamento	539 (92,3)
	Negativa	37 (6,3)
	Positiva	8 (1,4)
Teste de sensibilidade	Não realizado/ Em andamento	171 (29,3)
	Sensível	5 (0,8)
	Ignorado/ Em branco	408 (69,9)
TMR-TB	Não realizado	473 (81,0)
	Não detectável	81 (13,9)
	Detectável sensível à Rifampicina	12 (2,0)
	Inconclusivo	8 (1,4)
	Detectável resistente à Rifampicina	1 (0,2)
	Ignorado/ Em branco	9 (1,5)
Histopatologia	Não realizado/ Em andamento	460 (78,8)
	Sugestivo de TB	84 (14,4)
	Baar Positivo	23 (3,9)
	Não sugestivo de TB	13 (2,2)
	Ignorado/ Em branco	4 (0,7)
HIV		
Negativo		394 (67,5)
Positivo		121 (20,7)
Não realizado/ Em andamento		69 (11,8)
Unidade de Notificação		
Serviços Especializados		229 (39,2)
Hospital		214 (36,6)
APS		141 (24,2)
Unidade de Tratamento		
Serviços Especializados		331 (56,7)
APS		183 (31,3)
Hospital		70 (12,0)
Situação de encerramento		
Cura		422 (72,3)
Abandono		73 (13,0)
Óbito por outras causas		24 (4,1)
Transferência		24 (4,1)
Mudança de Diagnóstico		22 (3,8)
Mudança de Esquema		13 (2,2)
Ignorado/ Em branco		4 (0,7)
Óbito por TB		2 (0,3)

Fonte: SINAN (2022)

Legenda: PPL - população privada de liberdade, PSR - população em situação de rua, TMR-TB - teste molecular rápido para a TB.

* Recidiva (29 casos - 5,0%) e Reingresso após o abandono (23 casos – 3,9%)

O tempo médio para início do tratamento foi de 4,23 dias ($dp=\pm 18,47$), sendo o mínimo zero dias e o máximo 225 dias. Concomitantemente, o tempo médio para o término foi de 186,76 dias ($dp=\pm 90,24$), sendo o mínimo zero dias e o máximo 650 dias.

4. DISCUSSÃO

Em relação ao número de casos identificados de TB extrapulmonar em Rondônia, verifica-se o aumento gradativo desta forma clínica ao longo dos anos, corroborado pela literatura⁸⁻¹⁰, bem como a notificação de casos de outros estados. Tais aspectos podem estar relacionados com a pactuação interestadual e organização dos serviços de saúde que constituem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para utilização das unidades de referência, inclusive para elucidação diagnóstica.

No que se refere a média de idade dos casos, coincide com um estudo realizado no Pará, que verificou uma faixa etária da população afetada da TB extrapulmonar entre 20 a 39 anos¹¹. Enquanto, a maior frequência dos indivíduos acometidos era do sexo masculino, reforçando a maior suscetibilidade desta população^{12,13}.

A razão para essa tendência reside no fato de que os homens em idade produtiva estão mais sujeitos a negligenciar o autocuidado da saúde por diversos fatores, emocionais e culturais. Assim, por assumirem comportamentos de risco, como hábitos prejudiciais à saúde (consumo de álcool ou tabaco), sedentarismo, alimentação inadequada e não buscar por serviços de saúde de forma preventiva ou rotineira, tornam-se suscetíveis às doenças e agravos, assim como à exposição ao bacilo, soma-se a percepção relacionada ao processo de adoecimento, que colabora com a demora na procura por cuidado e, subsequentemente, com o agravamento do caso^{14,15}.

Paralelamente, verificou-se um predomínio dos autodeclarados como pardos, como apontado pela literatura^{12,16}, que pode ser atribuída ao processo de miscigenação e características locais da população predominante na região estudada.

A baixa escolaridade identificada neste estudo contribui com o aumento da vulnerabilidade social. Destaca-se que é uma realidade presente em todas as regiões do país e que interfere diretamente no acesso à informação da doença, comprometendo o enfrentamento do diagnóstico e adesão ao tratamento, o que demanda reflexões dos

setores públicos sobre o acesso à saúde com equidade¹⁷.

O estudo apresentou, ainda, um número significativo de casos novos de TB extrapulmonar, que pode estar associado com o cenário epidemiológico da TB em Rondônia, o qual se caracteriza como o estado com maior percentual de abandono². A perda de segmento contribui para a continuidade da propagação do bacilo pelas formas clínicas da TB pulmonar e/ou laríngea, que apesar desta ser extrapulmonar, apenas as duas anteriores favorecem com a perpetuação da cadeia de transmissão³.

O retratamento, neste estudo, apresentou um percentual que está próximo com estudos realizados no Paraná (6,6%)¹⁸ e em Itapetinga - MG (7,40%)¹². Tais aspectos trazem a reflexão sobre a importância de desenvolver atividades de educação em saúde junto à comunidade, bem como o fortalecimento do vínculo durante as consultas e implementação de estratégias que garantam a continuidade do tratamento até o fim, como o TDO, elucidando os aspectos que possam gerar dúvidas¹⁹, principalmente entre aqueles que já abandonaram o tratamento previamente.

Com relação às populações especiais (PPL, PSR, profissionais de saúde e imigrantes), o estudo aponta um baixo percentual de casos registrados para TB extrapulmonar, o que também está associado com outros estudos^{16,20-23}. Ainda que baixo, observa-se que dentre a população especial, o maior percentual ocorreu na PPL, na qual a institucionalização em ambientes com condições inadequadas, superlotação e desafios no cuidado em saúde que favorecem o acometimento por todas as formas de TB²⁴.

A necessidade de exames complementares (histopatológicos - biópsia, cultura - líquida e meios sólidos tradicionais, ressonância magnética, exames de imagem, tomografia computadorizada), desfavorecem a elucidação do diagnóstico da TB extrapulmonar da PPL. É necessário a superação de alguns obstáculos, tais como dificuldades relacionadas ao deslocamento que exige o agendamento da escolta (disponibilidade de recursos humanos e materiais) para outras unidades que constituem a RAS, inclusive para os serviços especializados, bem como maior articulação com definição de estratégias em conjunto entre a equipe de saúde e segurança para o enfrentamento da doença, oferta e efetivação do TDO, dentre outros^{22,24}.

Já em relação à PSR, Hino e colaboradores²³ apontam que a continuidade de acesso ao serviço da RAS é dificultada devido à estigmatização por parte dos profissionais durante o acolhimento dessa população e dos usuários que vivem em situação de rua no acesso as unidades de saúde. O acolhimento e o fortalecimento de vínculo, de forma sólida pode

interferir no manejo do cuidado, controle das ações da TB e na qualidade de vida dos usuários e comunidade²⁵.

Orfão e colaboradores²⁵ abordam que o perfil de adoecimento por TB entre os profissionais de saúde diz respeito as fragilidades estruturais para o atendimento, contenção do bacilo e o uso adequado dos equipamentos de proteção individual. Ainda que a formação técnica para atuação nas diferentes unidades de saúde aconteça, a temática da TB raramente é abordada e quando ocorre, ainda é de maneira isolada sem maiores reflexões e aprofundamento^{26,27}. Na prática, este cenário acaba por apresentar um desconhecimento, estigma e condutas equivocadas, onde muitas vezes a sintomatologia apresentada pelos casos, até então suspeitos, pode ser TB.

Os imigrantes podem encontrar, por sua vez, algumas barreiras que os impeçam de dar continuidade na RAS para elucidação do diagnóstico, em vista de apresentarem vulnerabilidades intrínsecas, como desigualdades relacionadas a falta de documentação, acesso ao serviço de saúde, linguísticas, diferenças culturais e situação socioeconômica²⁸. Contribuindo principalmente em aglomerações nas residências e dificuldades no acompanhamento e adesão ao tratamento, na medida em que não compreende como deve ser realizado.

As principais doenças e agravos associados com a TB extrapulmonar, de acordo com um estudo realizado no Paraná foram: tabagismo, alcoolismo, diabetes mellitus, HIV/sida, dentre outros¹⁸. Já em Minas Gerais, a sida aparece em primeiro lugar, seguido pelo alcoolismo e diabetes mellitus como doenças e agravos associados¹².

Desta forma, estão relacionados aos fatores de risco para o adoecimento por TB extrapulmonar os mesmos que encontramos na forma clínica pulmonar, tais como uso de tabaco e drogas lícitas/ilícitas. As quais implicam tanto na utilização adequada das medicações como na potencialização dos efeitos hematológicos que influenciam no abandono do tratamento. Neste sentido, Figueiredo et al.¹² referem que em indivíduos com comprometimento do sistema imune ocorre o favorecimento da disseminação do bacilo.

Os exames diagnósticos ainda são uma implicação muito presente por afetar outros órgãos além do pulmão, cujas manifestações clínicas são variadas, dependendo do sítio acometido. O TMR-TB, por exemplo, apesar de ter sido encontrado um elevado percentual de não realizado, é um exame que permite a análise além da amostra de escarro (como líquido, gânglios linfáticos, lavado broncoalveolar e gástrico e outros tecidos), possui diagnóstico mais rápido (em duas horas), maior sensibilidade de detecção do bacilo quando

comparado com a baciloscopia e cultura de escarro, inclusive os casos de resistência à rifampicina quando comparamos com o teste de sensibilidade, neste sentido, é recomendado pela OMS^{3,29,30}.

Como coordenadora do cuidado, a APS é a porta de entrada preferencial da RAS, deve solicitar os exames para todos os casos suspeitos/ sintomáticos respiratórios, a fim de favorecer o diagnóstico oportuno, principalmente em casos novos^{3,30}. Entretanto, observa-se durante o monitoramento e vigilância do SINAN e nos exames realizados a aplicabilidade do TRM-TB para os casos de retratamento (recidiva e reingresso após abandono) e controle mensal, quando o correto para estes seria a baciloscopia de escarro.

A radiografia de tórax é um método de escolha na avaliação inicial, pois apresenta como os padrões sugestivos, tais como cavidades, nódulos, consolidação, massa, processo intersticial da doença (miliar), derrame pleural (pleural) e alargamento de mediastino (ganglionar)¹², sendo estes dois últimos a forma clínica de TB extrapulmonar mais comumente identificada na população. Ademais, a partir da análise criteriosa de imagem é possível identificar as pequenas opacidades nodulares distribuídas pelo organismo, sendo decisiva no diagnóstico aliado ao contexto clínico-epidemiológico do caso^{31,32}.

O teste de sensibilidade aos medicamentos para TB, é essencial para a detecção dos casos de drogarresistência³³. Em cenários como o estado de Rondônia que possui elevados percentuais de abandono, este exame torna-se fundamental para o manejo adequado dos casos, não apenas na oferta, mas também no preenchimento na ficha de notificação e boletim de acompanhamento mensal, a fim de se verificar o real cenário epidemiológico relacionado à resistência medicamentosa no estado.

A combinação do exame histopatológico e cultura podem levar ao diagnóstico de 90% dos casos da TB extrapulmonar, no entanto, houve um elevado percentual de testes não realizados, uma vez que o primeiro, por exemplo, é aplicado quando se apresentam radiologicamente como doença difusa ou com imunodeficiência grave^{5,12,34}.

O percentual identificado de coinfeção TB/HIV neste estudo foi alto, o que corrobora com alguns estudos^{35,36}, uma vez que apontam associação entre TB e HIV, explicada pelo fato de que o HIV causa uma imunossupressão, o que torna o indivíduo infectado mais suscetível a desenvolver e ter as formas mais graves da TB.

Em relação a unidade de notificação e tratamento, o percentual mais elevado foi nos serviços especializados, o que atende as recomendações do Ministério da Saúde³, inclusive

para elucidação diagnóstica e manejo adequado dos casos de TB extrapulmonar, cujo tempo para início do tratamento ainda se apresenta de maneira tardia (4,23 dias - dp= \pm 18,47).

A cura foi o desfecho mais observado (72,3%) na situação de encerramento seguido pelo abandono (13,0%), mesmo estando abaixo dos 85% e acima dos 5%, respectivamente, preconizados pela OMS¹. Ainda que não se caracterize como uma forma transmissível, exceto pela laríngea, é importante considerar a qualidade de vida, inclusive pela possibilidade de infecção pela forma pulmonar, piora do prognóstico e possibilidade de desfecho do óbito.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados encontrados neste estudo, verificou-se a semelhança das características da TB extrapulmonar com a forma clínica pulmonar (H_0). É nítida a presença de alguns obstáculos, tais como disponibilidade de recursos humanos e materiais, articulação entre os serviços de saúde para manejo, diagnóstico e tratamento, a fim de subsidiar a qualidade e estratégias de tratamento centrados no paciente com TB extrapulmonar.

Ademais, verifica-se que a fragilidade na qualidade e completude dos dados no sistema, o que pode gerar impacto no real cenário clínico da doença. Uma vez que, tais informações são cruciais para avaliação quanto a efetividade das ações implementadas, contribuindo para o planejamento, monitoramento e intervenções pertinentes.

Portanto, torna-se essencial capacitações para os profissionais de saúde para a sensibilização quanto ao preenchimento dos dados, elucidação diagnóstica, manejo adequado dos casos, conhecimento de funcionamento da rede e implementação do TDO.

REFERÊNCIAS

1 World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2022 [Internet]. www.who.int. 2022. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>

2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-mar.2023/>

3 Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil – Brasília, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculos_e_brasil_2_ed.pdf

4 Froes JR, Deus Ajude LPT, Barbosa MFS, Alves BF, Aranão H de F, Furini AA da C. Tuberculose pulmonar e extrapulmonar em pacientes com AIDS sob uso da Terapia Antirretroviral (TARV) de terceira linha. Rev bras anal clin, 2020; 52(4): 346-351. <https://doi.org/10.21877/2448-3877.202100944>

5 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculos_e_brasil.pdf

6 Oliva HNP, Oliveira AG, Godin ACVC de Q, Nunes FM. Incidência de tuberculose extrapulmonar. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica [Internet], 2019;17(2):63–65. Available from: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/608>

7 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada. IGBE, Diretoria de pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ro.html>

8 Bonfim RO, Ferreira MRL, Siqueira TC, Barros NO, Souza GASC, Orfão NH. Perfil dos casos de tuberculose assistidos pelo tratamento diretamente observado em um município Amazônico. Research, Society and Development, 2021;10(12):e352101220471. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20471>

9 Arega B, Mersha A, Minda A, Getachew Y, Sitotaw A, Gebeyehu T, Agunie A. Epidemiologia e o desafio diagnóstico da tuberculose extrapulmonar num hospital universitário na Etiópia. PLoS One, 2020;15(12):e0243945. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243945>

10 Adada H, Valley MA, Nour SA, Mehta J, Byrd RP, Anderson JL, Roy T. Epidemiology of extra-pulmonary tuberculosis in the United States: high rates persist in the post-HIV era. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2014;18(12): 1516-1521. <https://doi.org/10.5588/ijtld.14.0319>

11 Reis AKSL, Brito SS, Araújo TN. A prevalência da tuberculose ganglionar no Pará 2016-2018 de acordo com sistema de notificações-SINAN. SAÚDE EM FOCO: DOENÇAS EMERGENTES E REEMERGENTES, 2020, 15-24. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/201001609.pdf>

12 Furtado EZL, Rodrigues LMC, Monteiro AS, Oliveira AKN, Martins EM. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com tuberculose diagnosticados em um hospital universitário. Rev. Bras. Pesq. Saúde, 2020;22(1):50-59. <https://doi.org/10.21722/rbps.v22i1.27439>

13 Nigam R, Ranjan KP, Mittal A, Gaharwar R, Namdhari JS. Comparative study of cartridge based nucleic acid amplification test assay and microscopy for diagnosis of pulmonary and extra pulmonary tuberculosis in people living with HIV. *nt J Acad Med Pharm*; 2023;5(4);33-37. <https://doi.org/10.47009/jamp.2023.5.4.8>

14 Gonçalves D. Tuberculose em imigrantes: identificação e análise das características associadas [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2019 [citado 2024-10-06]. <https://doi.org/10.11606/D.17.2019.tde-12072019-105117>

15 Oliveira GCA, Silva ACSS, Regazzi ICR, Nasser MRM, Brust RS, Knupp VMAO. Perfil epidemiológico da população com tuberculose no estado do Rio de Janeiro. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*; 2021;13:197-204. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.8211>

16 Freitas GL, França GEM, Souza TR, Macário VM, Camargo AF, Protti-Zanatta S, Arcêncio RA. diagnóstico e acompanhamento da tuberculose - diferenças entre população geral e populações vulnerabilizadas. *Cogitare Enferm [Internet]*, 2022; 27:e83607. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.83607>

17 Silva LT, Felipini MCC, Oliveira TB, Brunello MEF, Orfão NH. Perfil epidemiológico da tuberculose no serviço de referência do estado de Rondônia. *Rev Epidemiol Control Infect [Internet]*, 2019;9(1):48-54. <https://doi.org/10.17058/reci.v9i1.12249>

18 Luquini VC, Souza ABF, Neri ES, Mattos TSS, Tiroli CF, Freitas FMB, Bolorino N, Montanha RM, Furuya RK, Pieri FM. Tuberculose extrapulmonar: perfil epidemiológico em uma regional de saúde do estado do Paraná. *Braz J Infect Dis*. 2022;26(S2):102441. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102601>

19 Berra TZ, Bruce ATI, Alves YM, Campoy LT, Arroyo LH, Crispim JA, Alves LS, Arcênio RA. Fatores relacionados, tendência temporal e associação espacial do abandono de tratamento para tuberculose em Ribeirão Preto-SP. *Rev. Eletr. Enferm.*, 2020;22:58883, 1-10. <https://doi.org/10.5216/ree.v22.58883>

20 Macedo LR, Maciel ELN, Struchiner CJ. Fatores associados à tuberculose na população privada de liberdade no Espírito Santo. *Rev Saúde Pública*, 2020;54:67. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001818>

21 Gonçalves AF, Cristo J, Pereira Junior A. Perfil epidemiológico de casos de tuberculose no município de Paragominas-PA. *Revista Saúde e Meio Ambiente [Internet]*. 2019;9(2):34-48. Available from: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/7810>

22 Barbosa ML, Salvador P, Cogo ALP, Ferreira Junior MA, Costa GMC, Santos VEP. Equipe de saúde penitenciária: a realidade do processo de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022;27(12):4397-4405. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.11702022>

23 Hino P, Almeida IB, Monroe AA, Bertolozzi MR, Taminato M, Fornari LF, Rosa AS. Percepção de pessoas em situação de rua sobre o tratamento da tuberculose. *Medicina*

(Ribeirão Preto), 2022;55(4):e-191161. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.191161>

24 Dotti JZ, Cruciol JM, Lima WHN. Perfil epidemiológico das notificações de tuberculose de pacientes com residência da 17ª Regional de Saúde do Paraná entre 2010 e 2017. R. Saúde Públ. 2018;1(2):75-82. <https://doi.org/10.32811/25954482-2018v1n2p75>

25 Orfão NH, Sabini AAC, Ferreira MRL, Braga RS, Barros NO, Brunello MEF. Adoecimento por tuberculose entre profissionais de saúde em um município da Região Norte do Brasil. Research, Society and Development, 2021;10(1): e17510111427. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11427>

26 Silva LAF, Escobar AL, Lima CAM, Silva-Sobrinho RA, Ferreira MRL, Orfão NH. Avaliação da qualificação em tuberculose para profissionais de saúde: proposta de um modelo sistematizado. Research, Society and Development, 2021;10(13):e332101321262. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21262>

27 Freitas PR, Honda ER, Pinto ESG, Ferreira MRL, Orfão NH. Intervenção educativa sobre tuberculose para agentes comunitários de saúde em unidades da atenção primária à saúde em um município da região Norte. Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins, 2020;7(3):145-157. <https://doi.org/10.20873/uftv7-8556>

28 Amaya G, Contera M, Arrieta F, Montano A, Pirez C. Rendimiento del GeneXpert en el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar en la edad pediátrica. Arch Pediatr Urug, 2020;91(Supl. 2):12-23. <https://doi.org/10.31134/ap.91.s2.2>

29 Bonfim RO, Vieira CL, Ramos NO, Ferreira MRL, Siqueira TC, Orfão NH. A usabilidade do teste molecular rápido para o diagnóstico da tuberculose em um município da Amazônia Ocidental. Saúde Coletiva (Barueri), 2021;11(66):6555–6570. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i66p6555-6570>

30 Silva DR, Rabahi MF, Sant'anna CC, Silva-Junior JLR, Capone D, Bombarda S, et al. Consenso sobre o diagnóstico da tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J Bras Pneumol. 2021;47(2):e20210054. <https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20210054>

31 Lopes AJ, Capone D, Mogami R, Tessarollo B, Cunha DL, Capone RB, Siqueira HR, Jansen JM. Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem. Pulmão RJ 2006;15(4):253-261. Disponível em: http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_educacao_continuada/curso_tuberculose_5.pdf

32 Carvalho ACC, Cardoso CAA, Martire TM, Migliori GB, Sant'anna CC. Epidemiological aspects, clinical manifestations, and prevention of pediatric tuberculosis from the perspective of the End TB Strategy. J Bras Pneumol. 2018;44(2):134-144. <http://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000461>

33 Machado T, Fonseca AJ, Buenafuente SMF. Pleural tuberculosis in the state of Roraima, Brazil, between 2005 and 2013: quality of diagnosis. J Bras Pneumol. 2016;42(2):106-13. <http://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000082>

34 Eddabra R, Neffa M. Epidemiological profile among pulmonary and extrapulmonary tuberculosis patients in Laayoune, Morocco. PAMJ, 2020;37(56). <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2020.37.56.21111>

35 Peralta YTG, Texidor YG, Guillan GJR, Digón SS, Alba NL. Aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar en la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN, 2020;24(1):29-41. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v24n1/1029-3019-san-24-01-29.pdf>