



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS - UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROOSEMBERG LAMEIRA DE SOUZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO INDÍGENA
DO AMAZONAS**

Manaus - AM

2018

ROOSEMBERG LAMEIRA DE SOUZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO INDÍGENA
DO AMAZONAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II como componente curricular obrigatório para obtenção do título de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas – UEA.

Orientador (a): MSc. Altair Seabra de Farias

Manaus - AM

2018

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

S729p Lameira de Souza, Roosevelt Lameira de Souza
 Perfil Epidemiológico de Tuberculose na População
 Indígena do Amazonas / Roosevelt Lameira de Souza
 Lameira de Souza. Manaus : [s.n], 2018.
 20 f.: il.; 30 cm.

 TCC - Graduação em Enfermagem - Bacharelado -
Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2018.
Inclui bibliografia
Orientador: Altair Seabra de Farias

1. Tuberculose. 2. População Indígena. 3. Perfil. I.
Altair Seabra de Farias (Orient.). II. Universidade do
Estado do Amazonas. III. Perfil Epidemiológico de
Tuberculose na População Indígena do Amazonas

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Antonio Dourado de Sousa e Raimunda Lúcia Lameira, que sempre me incentivaram aos estudos e a nunca desistir dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Ao meus pais Antônio Dourado e Lúcia Lameira

Obrigado por tudo, serem meu porto seguro em todos os momentos da minha vida.

A minha adorável esposa Marcela Romão

Obrigado por estar ao meu lado, acreditar nos meus sonhos, me ajudando, apoiando e incentivando.

A minha irmã Luciana Lameira

Obrigado por ser a minha maninha.

À Universidade do Estado do Amazonas

Por me dar oportunidade de estudar um dos cursos mais importantes, que podem existir e ser meu segundo lar durante todo esse tempo de graduação.

Ao meu orientador Altair Seabra de Farias

Obrigado por ser esse exemplo de profissional, inteligente, dedicado e por ter me dado a oportunidade de ser meu orientador nessa pesquisa.

Aos meus amigos de graduação

Obrigado por todo apoio e incentivo, me ajudando e por todos os momentos juntos que a academia nos proporcionou.

Aos meus professores

Obrigado por todos os ensinamentos transmitidos.

EPÍGRAFE

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”

Charles Chaplin

SUMÁRIO

Introdução	9
Método	11
Resultados	12
Discussão	16
Conclusão	19
Referências	19

Perfil epidemiológico de tuberculose na população indígena do Amazonas

Roosemberg Lameira de Souza¹

Altair Seabra de Farias²

RESUMO

Objetivo: Descrever os casos de tuberculose entre a população indígena notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN no estado do Amazonas. Método: Estudo epidemiológico, descritivo e quantitativo. A amostra foi constituída pelos casos de tuberculose na população indígena no Amazonas entre 2008 e 2017. Para análise dos dados, foi utilizado o programa Excel 2013 e realizados os cálculos de média e percentuais. Resultados: Entre os anos de 2008 e 2017, foram notificados 1.721 casos de tuberculose na população indígena do estado do Amazonas. O município com maior incidência foi São Gabriel da Cachoeira com 20,7% (357) dos casos. O gênero mais acometido foi o masculino (53,4%) e a faixa etária predominou entre os indivíduos de 20 a 39 anos de idade, totalizando 575 casos. A zona de residência com maior quantidade de casos foi a rural com 68,3% do total. A primeira baciloscopia foi positiva em 46,0% dos casos e a forma clínica pulmonar alcançou 86,3%. Percebeu-se aumento no índice de cura a partir do ano de 2010, com declínio a partir de 2013 e um grave declínio em 2017 e um aumento da taxa de óbito no mesmo ano. No entanto, 72,3% dos casos evoluíram para a cura. Conclusão: O cenário da série histórica da tuberculose na população indígena no estado do Amazonas demonstra que a doença deve ser considerada uma questão de discussão entre os gestores e profissionais que atuam diretamente na assistência, visando uma articulação intersetorial mais efetiva no que se refere às medidas de controle da doença.

Descritores: Tuberculose; População Indígena; *Micobacterium tuberculosis*.

Keywords: Tuberculosis; Indigenous population; *Micobacterium tuberculosis*.

¹Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas – UEA

²Professor MSc. da Universidade do Estado do Amazonas - UEA

Introdução

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa, de caráter crônico, causada pelo *Micobacterium tuberculosis*, bacilo foi conhecido no século XIX, mais precisamente no ano de 1882, pelo cientista Robert Koch, por isso tal microorganismo também é conhecido como bacilo de Koch⁽¹⁾. Existem diversos tipos de tuberculose, porém a forma clínica mais comumente encontrada nos centros de tratamento é a pulmonar que é observada em até 90% de todos os casos⁽²⁾.

Atualmente, a tuberculose ainda representa um importante problema de saúde pública não só no Brasil, mas no mundo, presente principalmente nos países subdesenvolvidos ocasionando grandes custos econômicos e humanos. No ano de 2012, identificou-se que adoeceram 8,6 milhões de pessoas em todo o mundo, e destes, 1,3 foram a óbito por causa da doença, inclusive as pessoas portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Nos dias de hoje, estima-se que cerca de 2 milhões de pessoas estejam infectadas pelo bacilo de Koch, e que podem desenvolver a doença a qualquer momento⁽³⁾.

Essa doença é motivo de preocupação dentre os gestores por seu caráter heterogêneo, ou seja, não atinge um grupo populacional específico, mas parece estar presente em lugares onde existe maior concentração de população e condições precárias de vida. Outros círculos que também são bastante atingidos com a infecção pelo *Micobacterium tuberculosis* são as pessoas privadas de liberdade (PPL), pessoas em situação de rua, profissionais de saúde e os povos indígenas⁽⁴⁾.

Juntamente com outros 22 países, o Brasil ocupa a posição 19º lugar no ranking de casos notificados de tuberculose, e é somando-se aos demais, responsável por 80% de todos os casos da doença a nível mundial. De acordo com dados notificados pelo Ministério da Saúde, no país, a incidência de casos novos aproxima-se de 80 mil por ano e cerca de 5 mil pessoas morrem por motivo da doença⁽⁵⁾.

Segundo informações publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2011 os casos notificados de tuberculose não ultrapassaram a estimativa que era de 8,7 a 9 milhões, mas chegou a 5,8 milhões de casos de tuberculose em todo o mundo, sendo que em 1995, os casos notificados chegaram apenas em 3,4 milhões¹⁰. No Brasil, pressupõe-se que mais de 50 milhões de pessoas estejam infectadas pelo bacilo de Koch, sejam elas sintomáticas ou assintomáticas. No ano de 2011, 86 mil casos foram notificados, dentre eles, 71 mil (82,6%) foram caracterizados como casos novos, representando uma taxa de incidência de 38,4/100.00 habitantes. A tuberculose afeta de maneira desigual a população, não existindo um padrão definido, já que a proporção de homens e mulheres infectados é quase que a mesma⁽³⁾.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é o sistema responsável pela notificação dos casos de tuberculose no país, este nos permite a tabulação de dados epidemiológicos das doenças e agravos de notificação compulsória. Através dessa base de dados, constatou-se que o Amazonas atualmente é o estado com maior índice de tuberculose no Brasil⁽⁶⁾.

A transmissão da tuberculose do tipo pulmonar se dá através do contato interpessoal, assim o principal meio é a inalação de aerossóis liberados por bacilíferos, que se caracteriza como a principal fonte de infecção por ser facilmente expelido por meio da fala, espirro ou tosse. Mesmo que a tuberculose seja considerada uma doença de altamente contagiosa, as condições ambientais e comportamentais não favorecem para o bacilo uma invasão fácil no organismo e um rápido estabelecimento da doença⁽⁷⁾. Em quase 100% dos casos em que o organismo entra em contato com o bacilo, o sistema imunológico combate a bactéria e a controla formando uma região densa, cheia de leucócitos denominada granuloma caseoso, neste caso, o bacilo permanece no organismo, porém sob controle do sistema imunológico que impede sua proliferação⁽⁸⁾. No entanto, o *M. tuberculosis* possui um perfil patogênico alto e é

capaz de ativar e entrar em estado de latência e que pode se recuperar no futuro. Os fatores que contribuem para a reativação ainda são desconhecidos⁽⁹⁾.

O levantamento de informações regionais atualizadas pode ser considerado uma ferramenta importante para a implementação de ações de vigilância epidemiológica tendo em vista a escassez de estudos voltados para o cenário da tuberculose em populações indígenas, consideradas grupos de risco para a doença. Desse modo, o presente estudo teve o objetivo de descrever os casos de tuberculose entre a população indígena notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN no estado do Amazonas entre os anos de 2008 a 2017.

Método

Tratou-se de um estudo epidemiológico, descritivo e quantitativo realizado por meio de levantamento dos casos de tuberculose na população indígena entre 2008 a 2017. Os dados foram obtidos através de consulta ao Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A pesquisa foi conduzida no estado do Amazonas, situado à região Norte do país. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a região Norte ocupa o maior percentual de população indígena do país. No Amazonas, especificamente, os municípios com maiores percentuais de população indígena são São Gabriel da Cachoeira com 76,6% e Santa Isabel do Rio Negro que possui 59,2% de indígenas entre todos os habitantes do município. No último censo, realizado em 2010, o Amazonas possuía 3.483.985 habitantes, com estimativa para 2017, de 4.063.614 pessoas⁽¹⁰⁾.

A amostra foi constituída por todos os casos de tuberculose inclusos na categoria de etnia indígena no período de 10 anos, tendo o Amazonas como estado de notificação. As informações incluídas neste estudo foram referentes ao sexo, idade, zona de residência,

município de notificação, uso de drogas ilícitas, formas clínicas da tuberculose, desfecho dos casos, etc.

Para análise dos dados, foi utilizado o programa Excel 2013 e realizado os cálculos de médio e percentuais. A aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e apreciação do Comitê de Ética não foram necessárias por se tratar de dados secundários.

Resultados

Foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2008 e 2017, 1.721 casos de tuberculose entre a população indígena distribuídos nos 62 municípios do estado no Amazonas. Do total, o município de São Gabriel da Cachoeira apresentou o maior índice de casos, alcançando 20,7% (357), seguido de Manaus, capital estado, com 16,8% (290) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos casos de tuberculose entre a população indígena do Amazonas entre 2008 a 2017.

Município de notificação	Ano de notificação										Total N (%)
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
S. Gabriel da Cachoeira	52	46	27	24	31	26	25	30	30	66	357 (20,7)
Manaus	25	29	26	24	12	30	34	45	27	38	290 (16,8)
Tabatinga	11	17	13	16	12	18	9	10	11	13	130 (7,5)
Autazes	7	8	1	3	7	1	15	15	36	8	101 (5,8)
Sta Isabel do Rio Negro	26	9	6	2	7	4	7	2	5	4	72 (4,1)
Atalaia do Norte	3	4	4	11	11	8	15	5	3	2	66 (3,8)
Humaitá	9	5	5	17	8	8	1	1	1	8	63 (3,6)
Lábrea	6	4	6	5	4	5	5	9	8	10	62 (3,6)
Parintins	1	7	3	4	6	7	14	5	3	6	56 (3,2)
Itamarati	2	-	4	1	19	3	17	3	5	-	54 (3,1)
Benjamin Constant	1	2	4	4	9	6	3	9	8	7	53 (3,0)
Eirunepé	1	2	7	6	6	5	5	3	8	10	53 (3,0)
Ipixuna	1	4	6	1	5	16	2	-	6	2	43 (2,5)
Maués	1	3	1	5	6	7	1	3	6	9	42 (2,4)
São Paulo de Olivença	2	4	2	3	-	11	2	6	1	5	36 (2,0)
Manicoré	6	1	-	5	1	14	1	6	-	1	35 (2,0)
Envira	1	2	2	2	1	3	4	12	3	3	33 (1,9)
Barcelos	5	3	1	3	-	-	3	1	3	5	24 (1,3)
Nova Olinda do Norte	2	-	1	1	1	-	5	-	1	10	21 (1,2)

Santo Antônio do Içá	6	-	1	2	1	2	3	2	-	2	19 (1,1)
Amaturá	1	-	-	2	4	4	-	2	-	1	14 (0,8)
Jutaí	2	-	1	1	1	3	2	1	-	1	12 (0,7)
Tefé	-	-	3	1	-	-	4	1	-	1	10 (0,5)
Tapauá	2	2	-	-	-	1	1	1	1	1	9 (0,5)
Pauini	2	3	-	-	-	-	-	-	1	2	8 (0,4)
Boca do Acre	-	-	-	1	-	1	1	-	2	2	7 (0,4)
Borba	1	1	-	2	1	-	-	1	-	1	7 (0,4)
Tonantins	-	-	-	-	3	2	2	-	-	-	7 (0,4)
Demais municípios	5	3	5	3	1	6	7	3	3	1	37 (2,1)
TOTAL	181	159	129	149	157	191	188	176	172	219	1721(100,0)

O gênero mais acometido foi o masculino, sendo responsável por 53,4% dos casos. A faixa etária predominou entre 20 e 39 anos seguida dos indivíduos com idade acima de 60 anos (Figura 1).

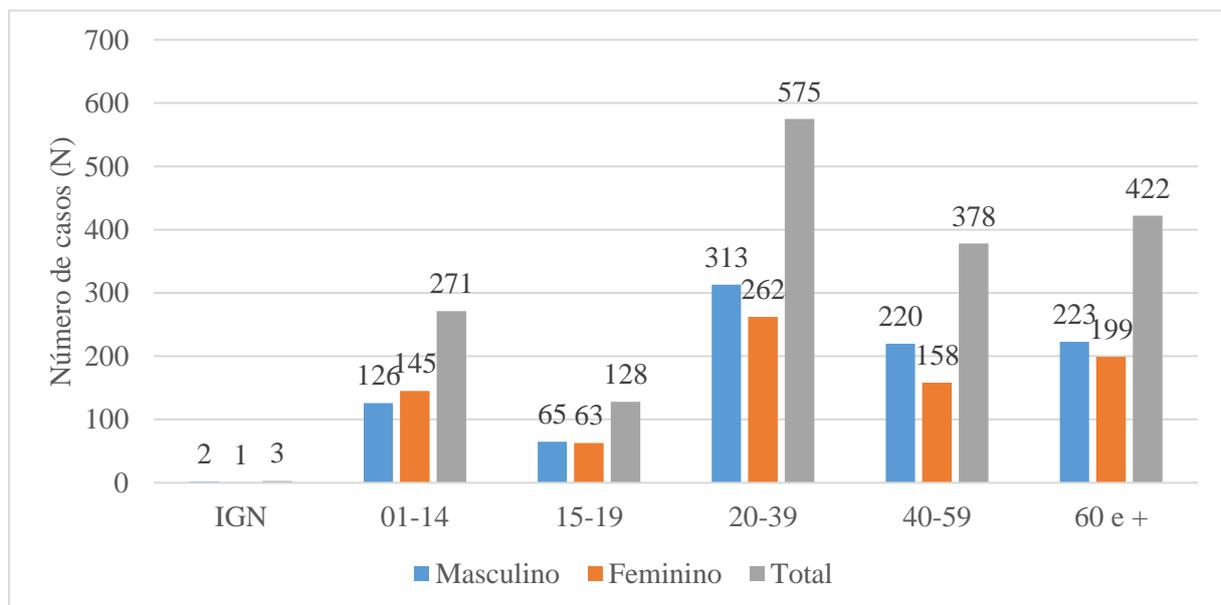


Figura 1: Distribuição dos casos de tuberculose na população indígena do Amazonas por sexo e faixa etária.

Em relação à zona de residência, a maioria dos indivíduos viviam em zona rural (68,3%). Do total, 67,9% não foi informado se viviam em situação de rua. Apenas 0,5% eram Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) e a maioria (57,8%) não eram institucionalizados. Quanto ao uso de cigarro, 1,5% eram tabagistas e 0,2% faziam o uso de drogas ilícitas. Entre 1.777, apenas 0,6% possuíam algum tipo de doença mental e a primeira baciloscopia de escarro foi positiva 46,0% (Tabela 2).

Tabela 2: Características sociodemográficas e clínicas da população indígena do Amazonas com tuberculose entre 2008 a 2017.

VARIÁVEIS		Total	
		N	%
Sexo	Masculino	949	53,4
	Feminino	828	46,6
Zona de Residência	Ign/Branco	47	2,6
	Urbana	491	27,6
	Rural	1.215	68,3
	Periurbana	24	1,3
População em situação de rua	Ign/Branco	1208	67,9
	Sim	17	0,9
	Não	552	31,0
População privada de liberdade	Ign/Branco	1203	67,7
	Sim	10	0,5
	Não	564	31,7
Institucionalizados	Ign/Branco	649	36,5
	Não	1013	57,0
	Presídio	14	0,7
	Asilo	2	0,1
	Orfanato	4	0,2
	Hospital Psiquiátrico	1	0,0
Tabagismo	Outro	94	5,2
	Ign/Branco	1154	64,9
	Sim	27	1,5
Doença mental	Não	596	33,5
	Ign/Branco	85	4,7
	Sim	12	0,6
Drogas ilícitas	Não	1680	94,5
	Ign/Branco	1154	64,9
	Sim	5	0,2
1ª Baciloscopia de Escarro	Não	618	34,7
	Positivo	819	46,0
	Negativo	569	32,0
	Não realizado	370	20,8
	Não se aplica	19	1,0

Em relação às formas clínicas da tuberculose, a maioria ocorreu na forma pulmonar (86,3%) (Figura 2). Das formas extrapulmonares, 5,4% (97) eram tuberculose ganglionar periférica, 0,6% (11) óssea, 0,1% (1) ocular, 1,2% (22) miliar, 0,6% (11) meningoencefálica, 0,3% (6) cutânea, 0,1% (1) laríngea, 5,1% (92) eram outros tipos de tuberculose extrapulmonar e 86,4% foram casos ignorados/em branco no SINAN.

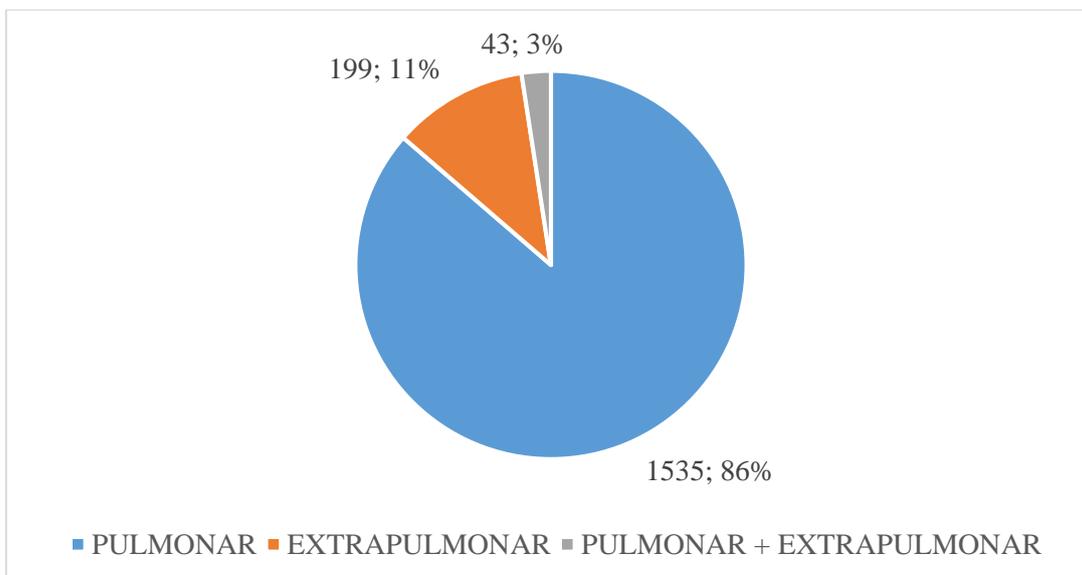


Figura 2: Casos de tuberculose na população indígena por forma clínica.

Quanto ao desfecho dos casos, na série histórica, percebeu-se aumento no índice de cura a partir do ano de 2010, com declínio a partir de 2013 e um grave declínio em 2017 e um aumento da taxa de óbito no mesmo ano (Figura 3). Dos 1.777 casos, 72,3% (1.286) evoluíram para a cura, 7,2% (129) abandonaram o tratamento, 5,1% (91), foram a óbito pela tuberculose, 2,5% (45) foram a óbito por outras causas, 5,5% (99) foram transferidos, 0,6% (13) tiveram outro tipo de desfecho.

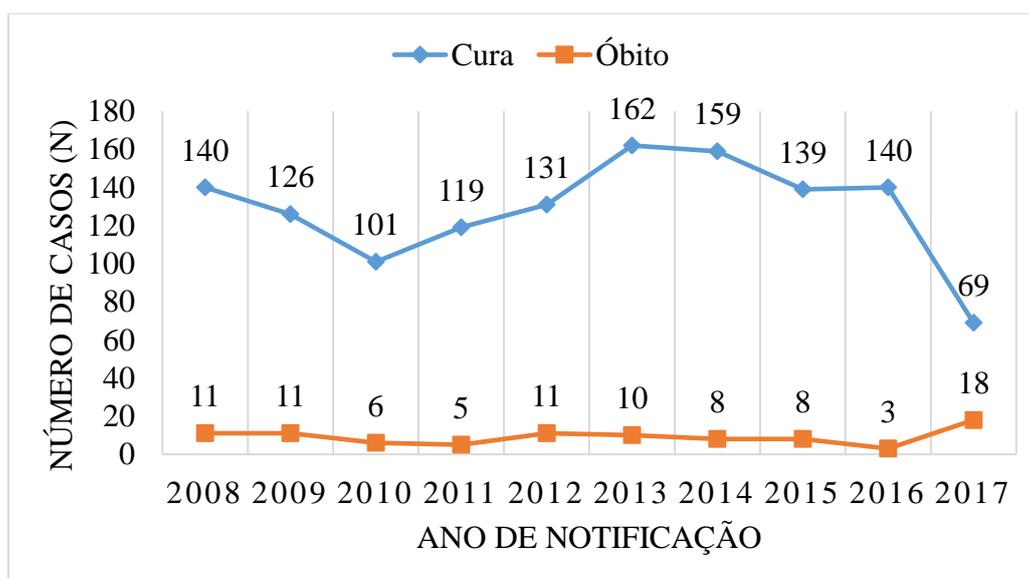


Figura 3: Distribuição dos casos de tuberculose na população indígena segundo desfecho.

Discussão

O cenário epidemiológico da tuberculose na população indígena do estado do Amazonas mostra a gravidade da doença no estado. O município de São Gabriel da Cachoeira apresentou as maiores taxas da doença, alcançando 20,7% de todos os casos registrados no estado dentro dos 10 anos analisados. Em segundo lugar, Manaus alcançou 16,8% desse total.

Um estudo realizado por Rios et al⁽⁴⁾, com o objetivo de descrever as características sociodemográfico e clínico-epidemiológicas em São Gabriel da Cachoeira, demonstrou que entre 1997 e 2007, foram registrados 723 casos de tuberculose entre a população indígena. Outro estudo realizado por Machado Filho⁽¹¹⁾ avaliando o índice de tuberculose em indígenas de São Gabriel da Cachoeira, mostrou que entre 1994 a 2003 foram registrados 768 no Registro de Controle e Tratamento dos Casos de Tuberculose do município. Esses dados apontam uma alta incidência dos casos de tuberculose entre a população indígena em São Gabriel da Cachoeira, e esses números têm aumentado no decorrer dos anos, como pode ser confirmado com a série histórica exposta no presente estudo.

Em relação ao gênero mais acometido, o sexo masculino apresentou maiores proporção (53,4%) e a faixa etária predominou entre 20 a 39 anos. Os achados do presente estudo corroboram com os resultados de uma pesquisa realizada por Garrido et al.⁽¹²⁾, avaliando a distribuição temporal da tuberculose na população geral no estado do Amazonas entre 2001 a 2011, onde afirmam que a maioria dos acometidos eram do sexo masculino (55,8% em 2001 e 59,0% em 2011) e estavam com idade entre 15 a 34 anos (46,2% em 2001 e 43,3% em 2011). Outra pesquisa com avaliação dos fatores associados ao tempo de internação hospitalar entre pacientes HIV positivos e HIV negativos com tuberculose no Brasil, mostrou que a maioria dos pacientes também era do sexo masculino (58,7%) e estavam com idade entre 25 a 34 anos (32,1%).

Essa faixa etária corresponde com a idade economicamente ativa da população, onde há maior exposição aos fatores de risco e há menor busca pelo serviço de saúde, assim, a ida aos serviços de saúde fica intimamente relacionada apenas quando esses indivíduos têm uma doença instalada⁽¹³⁾.

A zona de residência com maior quantidade de casos notificados neste estudo foi a rural com 68,3%. Esse achado difere dos estudos já realizados envolvendo a temática da tuberculose, onde demonstram que a zona urbana predomina com a maioria dos casos na população geral com 83,6%⁽¹⁴⁾, 87,7%⁽¹³⁾ e 98,3%⁽⁵⁾. Isso provavelmente está ligada à população alvo das pesquisas, pois o presente estudo aborda apenas a população indígena, caracterizados por, em sua maioria, habitarem em áreas rurais dos municípios, assim, aumentando o número de casos dessas áreas.

Percebeu-se baixa relevância estatística entre as variáveis População em Situação de Rua, Pessoas Privadas de Liberdade, Institucionalizados, Pessoas com Doenças mentais, tabagistas e usuários de drogas ilícitas. No entanto, estes grupos constituem-se como vulneráveis para a infecção da doença e tratar esses indivíduos e outros grupos vulneráveis é necessário e está entre um dos pilares da Stop-TB, estratégia criada pela Organização Mundial da Saúde que objetiva melhorar o alcance das metas de eliminação da tuberculose no mundo⁽⁷⁾. Alguns estudos afirmam que as taxas de infecção da tuberculose na população em situação de rua, por exemplo, superem em 50 a 60 vezes os índices registrados para a população geral⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. Fato importante que deve ser levado em consideração por gestores e profissionais de saúde no empenho da busca ativo de pessoas que vivem nessa situação. O Ministério da Saúde mostra recomendações para o controle da tuberculose envolvendo indivíduos em situação de rua, dentre elas estão: realizar o mapeamento da rede de saúde, envolver o maior número possível de atores sociais na busca dessas pessoas, definir unidades de referência para o atendimento da

tuberculose, etc.(8). Essas medidas são requisitos básicos para um bom funcionamento do plano de saúde e que contribuem significativamente na melhoria da assistência.

Os resultados deste estudo mostraram que a 1ª baciloscopia de escarro foi positiva em 46,0% dos casos, corroborando com alguns estudos que analisaram a mesma variável. Uma pesquisa feita por Cardoso(14), analisando o perfil epidemiologia e os fatores associados à infecção por tuberculose em Teresina, demonstrou que a 1ª baciloscopia de escarro foi positiva em 56,1% da população estudada. Igualmente visto em uma pesquisa levantada por Barbosa e Henrique⁽¹⁷⁾ no Rio Grande do Norte, em que 49,3% de todas as primeiras baciloscopias realizadas foram positivas. A baciloscopia é um dos exames complementares mais comumente realizados para auxiliar no diagnóstico da tuberculose, isso por ser econômico, rápido e difundido, mesmo que apresente sensibilidade inferior a outros exames como a cultura, por exemplo⁽¹⁸⁾.

Em relação às formas clínicas apresentadas pela tuberculose, o presente estudo apontou a maioria como pulmonar (86,0%). Um estudo realizado por Rios⁽⁶⁾, mostrou que entre 854 casos de tuberculose avaliados, 86,0% eram na forma pulmonar. Em outro estudo realizado por Barbosa e Henrique⁽¹⁷⁾, demonstrou que entre 360 casos, 82,0% também eram na forma pulmonar. Esses achados entram em concordância com o restante da literatura por apontam a forma pulmonar como a mais comum entre os casos. Essa condição pode ser justificada pela principal forma de infecção da tuberculose ser inalatória⁽¹⁹⁾.

A taxa de cura foi 73,2% no presente estudo, corroborando com os resultados de uma variedade de estudos onde mostram que a cura foi o principal desfecho entre a população estudada. Damasceno et al.⁽¹⁸⁾, demonstrou que entre 1.388, a taxa de cura foi 78,2%. Em outro estudo feito por Belo et al.⁽²⁰⁾, a taxa de cura foi de 70,0% de todos os casos. O aumento na taxa de cura no presente estudo e nas demais pesquisas reflete a melhoria na qualidade do atendimento e na eficácia das drogas utilizadas no tratamento da tuberculose.

O presente estudo apresenta algumas limitações por se tratar de dados secundários. No entanto, se mostra importante por mostrar o cenário da tuberculose em um dos grupos vulneráveis infecção da doença no estado do Amazonas, que atualmente ocupa o primeiro lugar no ranking de maior incidência entre os estados do país.

Conclusão

O cenário demonstrado pela série histórica da tuberculose na população indígena no estado do Amazonas demonstra que a doença deve ser considerada uma questão de discussão entre os gestores e profissionais que atuam diretamente na assistência.

Os resultados apontaram o município de São Gabriel da Cachoeira com maior incidência de casos. Os indivíduos mais acometidos eram do sexo masculino além de estarem com idade economicamente ativa. A zona rural se ressaltou entre a quantidade casos. A primeira baciloscopia de escarro foi positiva na maioria dos casos e a forma pulmonar foi a mais comum. Porém, a cura foi o desfecho mais comum entre os casos.

Melhorar a situação da tuberculose no estado do Amazonas requer qualificar os profissionais e ampliar o atendimento em um estado caracterizado por áreas remotas onde o acesso aos serviços de saúde é difícil para o fornecimento da terapêutica adequada.

Referências

1. Costa RR, Silva MR, Rocha AS, Abi-Zaid KCF, Junior AAF, Souza DMK, et al. Tuberculose: perfil epidemiológico em hospital referência no tratamento da doença. Rev Médica Minas Gerais. 2014;24(5):57–64.
2. Malacarne J. Tuberculose na população indígena de Rondônia: caracterização do acesso aos serviços de saúde e diagnóstico situacional entre os Wari' da aldeia Igarapé Ribeirão. Dissertação. Mestrado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Rio Janeiro. 2013;

3. Viana PVS. Tuberculose no Brasil: Uma análise dos dados de notificações, segundo macroregião e raça/cor, para o período 2008-2011. Dissertação. Mestrado e Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Rio Janeiro. 2014;
4. Rios DPG, Malacarne J, Alves LCC, Sant'Anna CC, Camacho LAB, Basta PC. Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;33(1):22–9.
5. Coutinho LASA, Oliveira DS, Souza GF, Filho GMCF, Saraiva MG. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de João Pessoa - PB, entre 2007-2010. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2012;16(1):35–42.
6. Rios DPG. Tuberculose entre os indígenas de São Gabriel da Cachoeira, AM: estudo epidemiológico com base em casos notificados e dados provenientes do Distrito Indígena de Iauaretê. Dissertação. Mestrado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2011;
7. Pedro HSP, Nardi SMT, Finardi AJ, Moraes EB, Oliveira RS, Pereira MIF, et al. Cenário atual da tuberculose. *Hanseologia Int*. 2014;39(1):40–55.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 2011.
9. Rogerio WP, Prado TN, Souza FM, Pinheiro JS, Rodrigues PM, Sant'anna APN, et al. Prevalência e fatores associados à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* entre agentes comunitários de saúde no Brasil, usando-se a prova tuberculínica. *Cad Saúde Pública*, Rio Janeiro. 2015;31(10):2199–210.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades - Censo 2010 [Internet]. [cited 2017 Nov 11]. Available from:

<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=130430&search=amazonas%7Curucara%7Cinfograficos:-informacoes-completas>

11. Machado Filho AC. Incidência da tuberculose em indígenas do município de São Gabriel da Cachoeira, AM. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008;41(3):243–6.
12. Garrido MS, Buhner-Sekula S, Souza AB, Ramasawmy R, Quinco PL, Monte RL, et al. Temporal distribution of tuberculosis in the State of Amazonas, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2015;48(Suppl I):63–9.
13. Vieira AN, Fernandes ACL, Lima DWC, Oliveira GWS, Lima LCDS, Oliveira LKS. Casos de tuberculose notificados no SINAN. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2013;37(4):869–80.
14. Cardoso JN. Perfil epidemiológico e fatores associados ao óbito por tuberculose em Teresina (2011-2014). Dissertação. Mestrado Profissional em Epidemiologia em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2015;
15. Marques M, Ruffino-Netto A, Marques AMC, Andrade SMO, Silva BAK, Pontes ERJC. Magnitude da tuberculose pulmonar na população fronteiriça de Mato Grosso do Sul (Brasil), Paraguai e Bolívia. *Cad Saude Publica.* 2014;30(12):2631–42.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Especial Tuberculose. *Boletim Epidemiológico.* 2012;43:1–12.
17. Barbosa IR, Henrique GL. Caracterização dos casos de tuberculose em um município prioritário no estado do Rio Grande do Norte. *Rev APS.* 2014;17(1):24–31.
18. Damaceno AN, Ramos LS, Weiller TH. Perfil Clínico epidemiológico de portadores em Santa Mara (2001 A 2012). *Rev Espaço para a Saúde.* 2014;15(4):34–41.
19. Abreu GRF, Figueiredo MAA. Abandono do tratamento da tuberculose em Salvador, Bahia - 2005-2009. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2013;37(2):407–22.
20. Belo EN, Orellana JDY, Levino A, Basta PC. Tuberculose nos municípios

amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela : situação epidemiológica e fatores associados ao abandono. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(5):321–9.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

A Banca Examinadora de Defesa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) do (a) aluno (a): Frazenberg Samara de Souza, intitulado: Perfil epidemiológico da tuberculose na população indígena do Amazonas

constituída pelos professores:

(Orientador): ALTAIR SASSARA DE FARIAS

(Examinador): ELIELZA GUERREIRO MENEZES

(Examinador): MANOEL LUIZ NETO

reunida na sala _____ da ESA/UEA, no dia 25/06/2018, às 11:00 horas,

para avaliar a Defesa em pauta, de acordo com as normas estabelecidas pelo regulamento de TCC desta Universidade, considerou que o referido trabalho:

- Foi aprovado sem alterações¹
 Foi aprovado com alterações²
 Deve ser reapresentado³
 Foi reprovado⁴

Manaus, 25 de junho de 2018

1. _____
2. _____
3. _____

- ¹ Aprovado sem alterações (Média da AP1 e AP2 \geq 8,0): trabalho não precisa sofrer nenhuma alteração.
² Aprovado com alterações (Média da AP1 e AP2 \geq 8,0): trabalho precisa incluir as correções indicadas pela Banca Examinadora.
³ Reapresentado (Média da AP1 e AP2 \geq 4,0 e $<$ 8,0): trabalho não alcançou nota suficiente para aprovação direta e deverá ser reformulado conforme sugestões da Banca Examinadora, sendo submetido a uma nova avaliação, conforme data marcada pelo coordenador da disciplina de TCC II acordada com a banca, e esta nova avaliação corresponderá à Prova Final (PF) da disciplina TCC II.
⁴ Reprovado (Média da AP1 e AP2 $<$ 4,0): trabalho não alcançou nota suficiente para aprovação.