



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

DIORDANA DA SILVA BRANCO

**PERFIL DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DE SANTA
CATARINA**

Tubarão

2023

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
DIORDANA DA SILVA BRANCO

**PERFIL DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DE SANTA
CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina como requisito parcial ao grau de Médico.

Universidade do Sul de Santa Catarina.

Orientador: Profa. Dra Chaiana EsmeraldinoMendes
Marcon

Tubarão
2023

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	4
1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA.....	8
3 RESULTADOS.....	9
4 DISCUSSÃO.....	12
5 CONCLUSÃO	15
6 REFÊRENCIAS.....	15
ANEXOS.....	
Anexo 1 – Normas da Revista Artigos Catarinenses de Medicina.....	19
Anexo 2 – Parecer Consubstanciado do CEP.....	22

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS - Sistema Único de Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNI - Programa Nacional de Imunização

BCG - Bacilo de Calmette e Guérin

TB-MDR - Tuberculose multirresistente a medicamentos

**PERFIL DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DE SANTA
CATARINA**

**PROFILE OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS IN A CITY OF SANTA
CATARINA**

Diordana da Silva Branco¹ Chaiana Esmeraldino Mendes Marcon²

1. Diordana da Silva Branco – Estudante de Medicina - Universidade do Sul de Santa Catarina – Tubarão (SC), Brasil. E-mail: diordanab@gmail.com
2. Chaiana Esmeraldino Mendes Marcon – Professora doutora – Universidade do Sul de Santa Catarina – Tubarão (SC), Brasil. E-mail: chaianamarcon@gmail.com

Fontes de Financiamento: não houve patrocínios ou financiamentos.

RESUMO: Objetivou-se identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes positivos para tuberculose em um município no sul de Santa Catarina. Com delineamento transversal por meio da coleta de dados retrospectivos. Obtiveram-se 254 registros provenientes das fichas de investigação epidemiológica. Os dados encontrados foram tabulados pelo programa Microsoft Excel 2010 e analisados pelo programa SPSS. Dos registros analisados, foram identificados indivíduos com idade média de 43 anos, sendo 72,4% dos casos de tuberculose registrados no sexo masculino, 78% considerados da raça branca e 43,3% tinham o ensino fundamental incompleto. Em relação às variáveis clínicas, 25% dos indivíduos diagnosticados com tuberculose eram alcoolistas e 22% eram HIV positivo. A forma clínica de tuberculose mais prevalente foi a do tipo pulmonar 78%, com BAAR positivo (47%) Observou-se que a tuberculose ainda se faz muito frequente na região, mesmo sendo uma doença milenar, ainda apresenta afecção crescente em muitos indivíduos na atualidade, sendo necessária a realização de estratégias para minimizar os índices da doença.

Palavras Chaves: Tuberculose Pulmonar; Incidência; Testes Diagnósticos;

ABSTRACT: The objective was to identify the clinical-epidemiological profile of patients positive for tuberculosis in a municipality in the south of Santa Catarina. With cross-sectional design through retrospective data collection. 254 records were obtained from the epidemiological investigation forms. The data found were tabulated using the Microsoft Excel 2010 program and analyzed using the SPSS program. From the analyzed records, individuals with a mean age of 43 years were identified, with 72.4% of the cases of tuberculosis registered in males, 78% considered white and 43.3% had incomplete primary education. Regarding clinical variables, 25% of individuals diagnosed with tuberculosis were alcoholics and 22% were HIV positive. The most prevalent clinical form of tuberculosis was the pulmonary type, 78%, with positive BAAR (47%) nowadays, it is necessary to carry out strategies to minimize the rates of the disease.

Keywords: Pulmonary Tuberculosis; Incidence; Diagnostic Tests;

INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa e sua transmissão é direta de pessoa a pessoa por gotículas aerossóis, causada pelo microrganismo *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BAAR) as características do (BAAR), é um bacilo reto ou ligeiramente curvo, imóvel, não esporulado, não encapsulado, que mede de 1 a 10 µm de comprimento por 0,2 a 0,6 µm de largura, sendo a propriedade morfotintorial da álcool-ácido resistência a mais importante¹.

O envolvimento pulmonar pode assumir diferentes formas Clínico Radiológicas: Pneumonia, broncopneumonia, cavitação ou atelectasia. um dos métodos A tuberculose pulmonar primária mais grave é do tipo miliar, causar disseminação hematogênica e têm lesões granulomatosas muito pequenas e se espalha, não só para os pulmões, mas também muitos órgãos. A outra é a meningoencefalite tuberculosa, que afeta o sistema nervoso central. Essas duas formas clínicas representam alto risco de morte sendo a mais comum a tuberculose pulmonar primária, que se apresenta de forma insidiosa e lenta. Nesta forma, o paciente, geralmente criança, apresentando irritabilidade, febre baixa, sudorese noturna, perda de apetite, sendo mais frequente entre eles a tosse. Quando é resultado de disseminação hematogênica, geralmente mais grave¹².

A tuberculose atualmente é considerada pela Organização Mundial Da Saúde (OMS) como problema de saúde pública mundial, o Brasil registra, anualmente, cerca de 85 mil casos de Tuberculose, os critérios de entrada podem ser vários como “Novos casos”, “Recidiva”, “Reingresso após abandono”, “Transferência”, “Pós óbito”. Estima-se que para novos casos o total se aproxime de 71 mil novos casos anuais, com⁴. coeficiente de incidência de, aproximadamente, 37,2% para cada 100 mil habitantes brasileiros. Ainda que, as pesquisas sugiram que a taxa de incidência das Tuberculose esteja em uma curva declinada, ou seja, os casos da infecção estão diminuindo, os números brutos sugerem preocupação, “são mais de 70 mil novos casos por ano e mortes em 4,5 mil portadores no mesmo período”. A subnotificação é um grande problema para a ciência da epidemiologia e Saúde Pública, uma vez que há relapsos da “falta de diagnóstico pelo serviço de saúde dos municípios ou por falha na cobertura do SINAN.” (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)^{3 4}.

No entanto a tuberculose pode ser controlada através de artefatos tal qual vacinação presente no PNI (Programa Nacional de Imunização) A vacina BCG (Bacilo de Calmette e Guérin), medidas sanitárias e o desenvolvimento de antibióticos voltados para o bacilo de Koch (BAAR). O tratamento para tuberculose na maior parte dos casos leva seis meses e o tratamento é feito com dois antibióticos de primeira linha: rifampicina e isoniazida. Quando há resistência dos pacientes a esses antibióticos, considera-se que eles tenham desenvolvido a TB-MDR (tuberculose multirresistente a medicamentos)^{5 6 8}.

Desta forma pode se obter um controle epidemiológico da doença. Contudo, desde o seu surgimento no Brasil, a tuberculose ocasionou episódios de epidemias através dos anos apesar dos artefatos utilizados para o seu combate. Considerando o contexto e a incidência de tuberculose no território nacional, bem como esta caracteriza a situação do controle da doença, em consonância ao exposto, este estudo objetivou-se caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes positivos para Tuberculose em um município de Santa Catarina.

MÉTODOS

Foi realizado estudo epidemiológico com delineamento transversal por meio da coleta de dados retrospectivos de pacientes diagnosticados com Tuberculose notificados pela vigilância epidemiológica.

O estudo foi composto por registros dos pacientes diagnosticados e investigados pela vigilância epidemiológica (SINAN), no período de 2017 a 2022.

Foram analisados 254 registros de pacientes positivos para tuberculose e incluídos no estudo todos os pacientes acima de 18 anos com diagnóstico de tuberculose registrados pela vigilância epidemiológica.

Para alcançar os objetivos do estudo as seguintes variáveis foram incluídas: (sexo, idade, raça, gestantes, escolaridade), populações especiais como: de rua, privado de liberdade, imigrantes, profissionais da saúde, foram incluídas também a forma da doença e agravos tais como: aids, alcoolismo HIV, diagnóstico (raio-x de tórax, baciloscopia de escarro, cultura, Histopatologia e teste molecular rápido) terapia antiretroviral durante o tratamento, forma da doença (pulmonar, extra-pulmonar, pleural, ganglionar periférica, gerito-urinário, óssea, meningoencefálico, cutânea, intestinal, pericárdica).

O acesso aos dados das fichas de notificação/ investigação epidemiológica de pessoas Tuberculose se deu através da autorização da Fundação Municipal de Saúde.

A coleta de dados foi realizada pela plataforma do SINAN sob guarda da Fundação Municipal de Saúde setor de vigilância epidemiológica.

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul (CEP - Unisul) no dia 11 de agosto de 2022, sob o parecer de número 5.576.296.

Os dados foram coletados, e organizados e compilados em banco de dados em planilha eletrônica no software Excel®. O processo e análise bioestatística foram feitos no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 20.0 para Windows. As variáveis quantitativas serão descritas com medidas de tendência central e dispersão dos dados. As variáveis qualitativas serão descritas em números absolutos e proporções.

RESULTADOS

No presente estudo foram analisadas 254 registros de investigação epidemiológica no período de 2017 a 2022, sendo que a maioria dos indivíduos pesquisados pertencia ao sexo masculino com idade média de 43 anos, a tabela 1 sintetiza dados encontrados referentes ao perfil sociodemográfico dos sujeitos do estudo.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos indivíduos com Tuberculose em um município de Santa Catarina no período de 2017 a 2022.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	70	27,6
Masculino	184	72,4
Etnia		
Branca	220	78,7
Preta	33	13
Parda	2	8
Amarela	16	6,3
Não relatado	1	4
Escolaridade		
Analfabeto	2	8
Ensino Fundamental Incompleto	110	43,3
Ensino Fundamental Completo	20	7,9
Ensino Médio Incompleto	16	6,3
Ensino Médio Completo	41	16,1
Ensino Superior Incompleto	9	3,5
Ensino Superior Completo	21	8,3
Ignorado	14	5,5
Populações Especiais		
De rua	25	9,8
Privado de Liberdade	31	12,2
Imigrante	1	4
Profissional da Saúde	5	2

Fonte: O autor (2023).

No que se refere a populações especiais notou-se que 25 eram moradores de rua e 31 eram privados de liberdade equivalente 12% e somente 1 paciente era imigrante e 5 eram profissionais da saúde.

A pesquisa avaliou o perfil clínico dos indivíduos e com relação às comorbidades como descrito na tabela 2, anteriormente à notificação e/ou no momento da primeira notificação da tuberculose multi resistente a medicamentos, 138 pacientes apresentavam algum tipo de enfermidade associada a tuberculose. Considerando as enfermidades associadas se mostraram que viviam com HIV, 65 eram etilistas e 18 eram portadores de diabetes mellitus.

Tabela 2 – Perfil clínico dos indivíduos com Tuberculose em um município de Santa Catarina no período de 2017 a 2022.

Variáveis	N	%
Forma da doença		
Pulmonar	199	78
Extra Pulmonar	43	16,9
Doenças e agravos		
Aids	55	21,7
Alcoolismo	65	5
Diabetes	18	7
Infecção pelo HIV	56	22
Forma clínica da TB		
Pleural	18	7
Ganglionar Periférica	13	5,1
Genito Urinária	1	0,4
Óssea	4	1,6
Miliar	4	1,6
Meningoencefálica	9	3,5
Cutânea	2	0,8
Disseminada	6	2,5

Fonte: O autor (2023).

Em relação ao diagnóstico como demonstrado na tabela 3 do total da população estudada 79% obtiveram raio x de tórax suspeito para tuberculose e 9,4% o exame de raio x veio normal, 184 pacientes realizaram exame de baciloscopia de escarro e 47% foram positivos para a doença, já a cultura para escarro observou-se que 47% não realizaram o a cultura de escarro entretanto aos que realizaram 26% foram positivos e 13% negativos.

Tabela 3 – Diagnóstico Clínico dos indivíduos com Tuberculose em um município de Santa Catarina no período de 2017 a 2022.

Diagnóstico	N	%
RX de tórax		
Suspeito	202	79
Normal	24	9,4
Outra Patologia	7	2,8
Não realizado	16	6,3
Baciloscopia de escarro		
Positivo	121	47
Negativo	63	24
Cultura Escarro		
Positivo	68	26
Negativo	33	13
Não Realizado	119	47
Terapia		
Sim	148	58
Não	26	10

Histopatologia		
Baar Positivo	19	7,5
Sugestivo de TB	24	9,5
Não Realizado	200	78
Teste Molecular Rápido		
Sensível a Rifampicina	124	48
Resistente a Rifampicina	3	1
Não Detectável	24	9,2
Não Realizado	100	39,4

Fonte: O autor (2023).

Relacionados aos testes histopatológicos, obtiveram BAAR positivo 7,5% e sugestivo de TB 9,5%, no entanto 78% não realizaram o teste histopatológico; o teste molecular rápido, 48% dos pacientes foram detectáveis sensíveis a rifampicina e somente 1% resistente. No que tange à modalidade da terapia antirretroviral para a tuberculose durante o tratamento, avaliou-se que 58% dos pacientes utilizaram a terapia e 10% não fizeram uso.

DISCUSSÃO

Apesar do uso de estratégias de controle empregada pelo serviço de saúde, as taxas de incidência da doença no município mudam a cada ano através de aumentos e reduções sequenciais. Tal padrão de oscilação pode estar relacionado a uma série de fatores, entre eles a subnotificação dos casos de tuberculose e a vulnerabilidades das operações de vigilância dentro do plano municipal. O padrão de oscilação apresentado no estudo reforça a importância do trabalho consciente assim como o investimento alinhados a planos de vigilância municipais consistentes, para que assim possam reduzir os índices de forma consistente quanto aos índices de TB nos município^{11 12}

O presente estudo demonstrou que o sexo masculino foi o mais acometido pela TB assim como evidenciado na literatura, em um trabalho realizado por Freitas e colaboradores no ano de 2021 no Brasil, o qual apresentou que homens eram mais acometidos pela TB do que mulheres. Fato esse pode ser explicado pela tendência de homens não cuidarem adequadamente de sua saúde em relação a mulheres assim como por este grupo estar mais exposto a fatores de risco para a doença, essa vulnerabilidade pode ser associada ao comportamento que o mesmo possui em relação à sua saúde, assim como a sua percepção sobre o processo saúde-doença, visto que ambos contribuem para o atraso na procura por assistência e, conseqüentemente, auxiliam para o agravamento dos sinais e sintomas.^{13 25 33}

Além disso, através do estudo foi visto que as faixas etárias mais acometidas pela tuberculose foram adultos acima de 43 anos. O fato deste grupo concentrar o maior número de casos pode estar relacionado à eficácia do esquema vacinal com a BCG na infância e seus desfechos ao longo da vida adulta como defende o estudo de Caliari que corrobora a hipótese dada pela eficácia da vacinação BCG, redução do risco de infecção na comunidade e o próprio envelhecimento da população¹⁴.

Quando analisada a etnia, o presente estudo mostrou que a partir da amostra estudada revelou-se maior frequência entre indivíduos brancos, em concordância com o estudo de Figueredo e Colaboradores o qual descreve esta tendência em decorrência de podem ser explicadas pela população predominante na região estudada, e também, conforme ressalta outro estudo brasileiro, a etnia ser baseada em auto declaração em um país com larga proporção

de miscigenação gera possibilidade de haver diferenças, inclusive, na classificação das etnias. Quando comparada com a literatura estes dados podem estar ainda associados ao modo como as pessoas se definem no ato do preenchimento da notificação, segundo Gomes T e colaboradores além do fato de o Brasil se configura como um país com larga proporção e miscigenação, não apresentando uma predominância real da doença por raças como foi descrito anteriormente por Figueredo e Colaboradores^{15 26}.

Dentre os dados analisados quanto a escolaridade, houve predomínio de dados com pacientes de baixa escolaridade, uma vez que aproximadamente a metade da amostra não ingressou no ensino médio. Assim na literatura, por Zagnignan e colaboradores demonstrou que a baixa escolaridade na grande maioria dos casos notificados, pode influenciar negativamente na percepção da enfermidade e por consequência vulnerabilidade pode dificultar o acesso à informação e a procura aos serviços de saúde, como visto no presente estudo. Além disso, como demonstrado, este padrão por ter como consequência a diminuição de condições favoráveis de vida e acesso a empregos, possibilitando assim o aumento da pobreza e limitando as boas condições de moradia, higiene e acesso a saúde, são fatores que refletem um conjunto de determinantes socioeconômicos precários, contribuindo para o aumento da vulnerabilidade à tuberculose e, conseqüentemente, para sua maior incidência e diminuição na adesão ao tratamento^{16 27}.

Ao analisar a amostra quanto a situação de rua e a institucionalização dos acometidos pela tuberculose, percebe-se uma porcentagem pequena de acometidos nesta situação. Podemos considerar tais ambientes como sinais que demonstram maior vulnerabilidade, devido a fatores agravantes, como por exemplo à aglomeração de pessoas, poucas condições de higiene, nutrição precária, uso de álcool e drogas e difícil acesso aos serviços de saúde, tais fatores contribuem para a disseminação de doenças contagiosas como é o caso da TB, além de dificultar o acesso a tratamento. No entanto, apenas uma pequena porcentagem de pessoas que viviam em situação de rua foi acometida pela tuberculose, esse dado pode não estar de acordo com a situação do município devido ao grande número de notificações que não tiveram esse campo preenchido ou ignorado, o que vai de acordo com o que ocorreu anteriormente no estudo de Heuler Souza e colaboradores 2018^{17 29}.

Além disso, quando analisados alcoolismo foi evidenciado que este está associado a maior risco de desenvolvimento de TB. No que se refere à presença de agravos associados ao quadro, os mais presente foi alcoolismo, seguido pela aids e então pela diabetes. Este achado está de acordo com a literatura uma vez que o estudo de Campos Figueredo e colaboradores, no qual é estabelecida uma relação entre pacientes acometidos pela HIV e diagnosticados com TB, sendo explicada na literatura pelo estado imunodeficiência predispondo aos desfechos graves causados pela tuberculose^{18 19 26}.

O presente estudo apresentou que a forma de TB mais comum nos indivíduos foi a forma pulmonar, ainda que tenham sido registrados alguns casos na forma ganglionar e óssea. Apesar da doença ter a capacidade de acometer diversos órgãos, a forma pulmonar é de fato a mais frequente e com maior valor epidemiológico em decorrência de sua transmissibilidade, a explicação aceitável para essa maior prevalência consiste no fato do agente etiológico, *Mycobacterium tuberculosis*, se dar pelo ar, através de fala, tosse ou espirro, quando eliminadas gotículas de saliva contendo o agente. O bacilo entra pelas vias respiratória se atinge o pulmão, o qual apresenta condições ideais para o crescimento bacteriano por possuir maiores concentrações de oxigênio, como apresentado pela literatura anteriormente no estudo de Juliano Souza e colaboradores^{20 30 34}.

Quando analisados os métodos diagnósticos para a TB, a baciloscopia de escarro continua sendo o método prioritário que permite identificar a maioria dos casos de TB Pulmonar, assim como visto no estudo de Hauler e colaboradores. Considerando que esse é um exame de baixo custo, defende que sendo este teste de fácil acesso e com níveis consideráveis de assertividade para o diagnóstico da doença, é de suma importância que as equipes de saúde envolvidas no atendimento ao paciente portador ou suspeito de TB garantam a realização adequada deste teste^{22 21 31}.

Além disso, o estudo abrange o fato de que embora seja a baciloscopia e a cultura de escarro indicadas como ferramentas fundamentais para o diagnóstico e acompanhamento de TB pulmonar, a radiografia de tórax é uma ferramenta mais utilizada no diagnóstico diferencial e avaliação de tratamento da patologia²³, este fato se apresenta de acordo com a literatura quando visto o estudo realizado por Ana Victoria e colaboradores assim como PNCT preconizou a utilização desse método para avaliação da doença e de lesões passadas, assim como para definição do tipo e extensão do comprometimento pulmonar^{23 24 26}.

O tratamento da tuberculose tem como objetivo a cura e a rápida redução da transmissão da doença. Para que isso ocorra, os fármacos utilizados devem ser capazes de reduzir rapidamente a população bacilar interrompendo a transmissão, prevenir a seleção de cepas naturalmente resistentes impedindo o surgimento de resistência durante a terapia e prevenindo a recidiva de doença²⁵ na modalidade da terapia antirretroviral durante o tratamento, avaliou-se no presente estudo que a maioria dos pacientes utilizaram a terapia, assim como visto no estudo de Marcio Denis 2005³².

Através deste estudo, pode-se identificar características clínicas e epidemiológicas dos pacientes com tuberculose atendidos em unidades de município em Santa Catarina em 2017 a 2022. A doença ainda é registrada com frequência nos sistemas de atenção primária à saúde, observou-se que a necessidade de fortalecer a estratégia Prevenção e Divulgação de Formas de Tratamento doenças, com o objetivo de reduzir a morbidade e Prevalência de casos nos níveis local e regional.

Dentre as limitações do presente estudo, destaca-se a subnotificação dos registros ou não preenchidos corretamente, por se tratar de dados secundários, os mesmos dependem da qualidade dos registros. Apesar das limitações, dados epidemiológicos revelam-se ferramenta indispensável para a melhora da assistência em saúde, devendo-se sempre procurar aprimorar os protocolos de registro e incentivar, de forma ativa, o adequado preenchimento dos mesmos.

CONCLUSÃO:

Demonstrou-se através do presente estudo homens brancos com 43 anos configuram o perfil de pacientes mais acometidos pela tuberculose no município entre os anos de 2017 a 2022. Identificou-se que a forma pulmonar é a apresentação principal da doença quando comparada às demais formas. Enquanto isso, a análise evidenciou que a principal doença associada desfechos negativos e agravo do quadro são a tuberculose é o alcoolismo seguido pela

AIDS. Além disso, dentro da amostra analisada, evidenciou-se que uma pequena parcela da população apresentava resistência bacteriana as medicações utilizadas para o combate da doença. Não foi possível, contudo, identificar o tipo de entrada no serviço de saúde por conta da falta de informações fornecidas nos formulários de notificação. Além disso, notou-se que pacientes com baixa escolaridade e pacientes de rua foram os mais acometidos pela tuberculose entre a população estudada.

Pode-se concluir através do presente estudo que o perfil de pacientes acometidos pela Tuberculose em um município de Santa Catarina está intimamente relacionado a escolaridade, sexo, idade e padrão socioeconômico, ainda, esta população apresenta sensibilidade ao tratamento sugerido pelo ministério da saúde apresentando baixas taxas de resistência bacteriana, diferente da tendência nacional e também apresenta em sua maioria a forma pulmonar da doença. Assim, identificou-se um perfil populacional específico com maior exposição e consequente desenvolvimento da Tuberculose. Mesmo com certas limitações, essa pesquisa demonstrou alguns impactos significativos na identificação do perfil dos pacientes, da sua forma de doença e agravos e resposta ao tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva MEN da, Lima DS de, Santos JE dos, Monteiro ACF, Torquato CMM, FreireVA, et al. General aspects of tuberculosis: an update on the etiologic agent and treatment. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*. 2018;50(3).
2. Coloia A, Santos D, Cesar R, Aquino A. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES IMUNOCOMPROMETIDOS COM TUBERCULOSE. Vol. 5.2019.
3. OMS - Organização Mundial da Saúde. Mortes por tuberculose aumentam pela primeira vez em mais de uma década devido à pandemia de COVID-19.
4. Fortuna JL, Soares PAO. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Teixeira de Freitas de 2001 a 2017. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(3):7192–7192.
5. Ministério da Saúde. Pagina inicial [Internet]. Ministério da Saúde. Available from: <https://gov.br/saude/pt-br>
6. Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis MINISTÉRIO DA SAÚDE.
7. Fio Cruz. Primeiras ações contra a tuberculose no Brasil partiram de Liga criada em 1900.
8. Adherence to Multidrug-Resistant Tuberculosis (MDR-TB) Treatment: case study in a reference outpatient clinic, Niterói (RJ), Brazil Patricia Valéria Costa 1 □, Monica Tereza Christa Machado2 , Luísa Gonçalves Dutra de Oliveira
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Resistência aos fármacos antituberculose. In: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília; 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
10. Piller RVB. Epidemiologia da tuberculose. *Pulmao RJ*. 2012;21(1):4-9.
11. Reis DC, Almeida TAC, 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. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300004>
12. Almeida JB, Ponce MAZ, Wysocki AD, Santos MLSSG, Vendramini SHF. A coordenação da assistência no controle da tuberculose na visão da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFPE Online*. 2016;10(Supl. 6):111-8.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Bol Epidemiol Aids DST*. 2002 dez;16(1):29- 30.

14. Caliari JS, Figueiredo RM de. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(1):43-7. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100008>
15. Yamamura M, Santos-Neto M, Santos RAN, Garcia MCC, Nogueira JA, Arcêncio RA. Epidemiological characteristics of cases of death from tuberculosis and vulnerable territories. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015 ;23(5):910-8. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0450.2631>
16. Neto RJP, Gadelha RRM, Herzer TL, Peres DA, Leitão TMJS, Façanha MC, Holanda CN, Girão ES, Nogueira CMO, Alencar CH. Características clínico-epidemiológicas de pacientes com coinfeção HIV/tuberculose acompanhados nos serviços de referência para HIV/AIDS em Fortaleza, Ceará, entre 2004 e 2008. *Cad Saúde Coletiva.* 2012;20(2):244-9.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Magee MJ, Foote M, Ray SM, Gandhi NR, Kempker RR. Diabetes mellitus and extrapulmonary tuberculosis: site distribution and risk of mortality. *Epidemiology & Infection.* 2016; 144(10):2209-16.
19. Grave de Peralta YT, Grenot Texidor Y, Guillen Guillan JR, Silveria Digón S, Legra Alba N, Grave de Peralta YT, e al. Aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar en la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN.* 2020;24(19):29 41
20. Secretaria de Estado da Saúde (São Paulo). Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Tuberculose e outras Pneumopatias. Manual de orientação para coleta de escarro e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose. São Paulo: CVE; 2002.
21. Augusto CJ, Carvalho WS, Goncalves AD, Ceccato MGB, Miranda SS. Características da tuberculose no estado de Minas Gerais entre 2002 e 2009. *J Bras Pneumol.* 2013;39(3):357-64. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132013000300013>
22. Sicsú AN, Salem JI, Fujimoto LBM, Gonzales RIC, Cardoso MSL, Palha PF. Intervenção educativa para a coleta de escarro da tuberculose: um estudo quase experimental. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2016; 24:e2703. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0363.2703>
23. Ozsahin SL, Arslan S, Epozturk K, Remziye E, Dogan OT. Radiografia torácica e bacteriologia na fase inicial de tratamento de 800 pacientes masculinos com tuberculose pulmonar. *J Bras Pneumol.* 2011 May-Jun;37(3):294-301. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000300004>
24. Organização Pan-Americana Da Saúde. O apoio à implementação da Estratégia de Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para o combate à Tuberculose. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
25. Freitas Wiviane Maria Torres de Matos, Santos Cricia Cristina dos, Silva Monique Mesquita, Rocha Gabriela Amim da. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude [Internet].* 2016 Jun [citado 2023 Abr 25]; 7(2): 45-50. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000200045&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232016000200005>.
26. ANA VICTORIA CAMPOS FIGUEIREDO¹, ANELISE OLIVEIRA DUARTE¹, MILENA RODRIGUEZ VALLEJOS VIEIRA¹, SALMO VASSER DE OLIVEIRA PARANHOS¹, ANALINA FURTADO VALADÃO², FLÁVIA ALBUQUERQUE MAGALHÃES, PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR NO MUNICÍPIO DE IPATINGA - MG disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210611_074735.pdf.
27. Zagnignan, A. et al. 2014. Caracterização epidemiológica da tuberculose pulmonar no Estado do Maranhão, entre o período de 2008 a 2014. *Rev. Investig, Bioméd,* 6: p.6-13.
28. Andrade, Sâmia & Cunha, Maurício & Holanda, Elison & Vitória, Camila & Teixeira, Pinto & Sousa, Érica & Das, Francisca & Araújo, Chagas & Do, Wanderley & do Nascimento Júnior, Wanderley & Lopes, José & Júnior, Pereira & Santos, Gizelli & Coutinho, Lourenço & Taminato, Rodrigo & Mara, Roseane & Verde, Cardoso & Oliveira, Evaldo. (2020). ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DE TUBERCULOSE NO ESTADO DO MARANHÃO, BRASIL: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E TEMPORAL DOS CASOS. *International Journal of Development*

- Research. 10. 37789-37794. 10.37118/ijdr.19229.07.2020.
29. Profile of tuberculosis patients in a Minas Gerais municipality Heuler Souza Andrade , Rita de Cássia Fonseca Santosb, João Carlos Nogueira da Fonsecab
 30. Caliari JS, Figueiredo RM de. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. Acta paul enferm [Internet]. 2012;25(1):43–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100008>
 31. ANDRADE, Heuler Souza; DA FONSECA, João Carlos Nogueira; SANTOS, Rita de Cássia Fonseca. Perfil dos portadores de tuberculose em um município de Minas Gerais. **Ciência & Saúde**, v. 11, n. 1, p. 1-6, 2018.
 32. Mascarenhas Márcio Dênis Medeiros, Araújo Liliam Mendes, Gomes Keila Rejane Oliveira. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2005 Mar [citado 2023 Abr 25]; 14(1): 7-14. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000100002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000100002>.
 33. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, Secci F, Wong E, Basu L, Taylor C, Bayona J, Wang H, Lagomarsino G, Hirschhorn LR. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. J Gen Intern Med. 2017 May;32(5):566-571. doi: 10.1007/s11606-016-3898-5. Epub 2016 Dec 9. PMID: 27943038; PMCID: PMC5400754.
 34. Ferreira, D. A., da Silva, W. B., da Conceição Murilo, B., de Andrade Júnior, F., & de Albuquerque Montenegro, C. (2021). Idosos acometidos por tuberculose no Estado da Paraíba nos anos de 2009 a 2019. *Research, Society and Development*, 10(7), e59210716981-e59210716981

ANEXOS

Anexo I

Anexo 1 - Normas da Revista Artigos Catarinenses de Medicina Orientações para a preparação dos originais:

- O processador de texto a ser utilizado deve ser Microsoft Word (Office®). Fontes Times New Roman tamanho 11, justificado, espaçamento entre linhas 1,5.
- Tamanho máximo dos originais (incluindo referências bibliográficas):
 - a) Artigos originais: 15 páginas;
 - b) Artigos de atualização e revisão: 15 páginas;
 - c) Relatos e estudos de casos: 5 páginas.
- As seções deverão ter a seguinte ordem: folha de rosto, resumo em português, resumo em inglês (abstract), introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão, referências bibliográficas, tabelas, quadros e ilustrações.
- O original, incluindo tabelas, quadros, ilustrações e referências bibliográficas, deve seguir os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (1).
- a) Folha de rosto: deve conter o título do artigo em português e em idioma inglês, ambos de forma concisa; o nome pelo qual cada autor é conhecido, com seu grau acadêmico mais alto e sua filiação institucional (a titulação deve ser inserida no texto como nota de rodapé); o nome do(s) departamento(s) e da(s) instituição(o)es às quais o trabalho deve ser atribuído; endereço eletrônico (e-mail) de todos os autores; município e unidade federativa e país; e a(s) fonte(s) de financiamento, sob a forma de verbas, de equipamento, de drogas, ou todas elas.
- b) Resumo em português: redigido na segunda página, com até 250 palavras, apresentando o contexto da pesquisa, os objetivos que à alcançar, o enquadramento metodológico e as principais conclusões. A formatação do texto no resumo é sem recuo de parágrafo e o espaçamento entre linhas é simples.

Abaixo do resumo, indicar as palavras-chaves, compostas de no máximo 5 descritores que necessariamente precisam estar contidas no resumo.

- c) Resumo em inglês: (Abstract): tradução do resumo para o idioma inglês, cuidando para não utilizar tradutores eletrônicos, uma vez que a transcrição literal pode induzir a interpretações equivocadas.
- d) Introdução: contextualização do tema pesquisado, contemplando os objetivos geral e específicos do estudo, as eventuais hipóteses e os motivos que justificam a realização do estudo.
- e) Revisão de literatura: texto que englobe os conceitos ou definições dos autores utilizados na pesquisa e que constam nas referências bibliográficas.
- f) Procedimentos Metodológicos: informar o enquadramento da pesquisa e os métodos utilizados no estudo.
- g) Texto da Pesquisa: deve apresentar a investigação efetuada e as análises possíveis a partir dela, todas sustentadas na literatura constante na revisão de literatura e referências bibliográficas.
- h) Conclusões e Considerações finais: retomada da pesquisa, indicando as principais conclusões e eventuais aplicações. Além disto deve especificar se os objetivos definidos foram alcançados ou se necessitam de estudos futuros.
- i) Referências: devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),]. O número máximo de referência é de 50 e o ano de publicação das referências não poderá ser maior do que 10 anos da data do manuscrito submetido, admitindo-se considerar maior prazo em casos em que não exista comprovadamente autores mais atuais com mesma abordagem. Devem ser formatadas no Estilo Vancouver (<http://www.bu.ufusc.br/ccsm/vancouver.html>). (Quando o número de autores ultrapassar à 3 somente os 3 primeiros devem ser citados, seguidos da expressão et al.).
- j) Tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.): cada tabela deve ser numerada na ordem de aparecimento no texto, e com um título sucinto, porém, explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no cabeçalho. A tabela segue a norma NBR

14724:2011 subitem 5.9, que por sua vez, remete as Normas de Apresentação Tabular do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (1993). A tabela apresenta os seguintes elementos: título, cabeçalho, conteúdo, fonte e, se necessário, nota(s) explicativa(s) (geral e/ou específica). É dividida por o mínimo possível de linhas na horizontal e as bordas laterais não podem ser fechadas. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Exemplo:

- k) Quadros (elementos demonstrativos com informações textuais): embora siga especificações semelhantes as informadas nas tabelas (título, fonte, legenda, nota(s) e outras informações necessárias), terá suas laterais fechadas e sem limite de linhas horizontais.
- l) Figuras (fotografias, desenhos, gráficos): devem ser colocadas com título e legenda, e numeradas na ordem de aparecimento do texto. Gráficos devem ser apresentados em preto e branco e somente em duas dimensões. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito, fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.
- m) Abreviaturas: devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas, ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título ou no resumo.

Referências:

- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. JAMA 1997;277:927-34.
- 2. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DJ, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. Ann Intern Med 1990;113:69-76.
- 3. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde: lista alfabética. 2ª ed. Ver. Amp. São Paulo: BIREME; 1992. 111p.
- 4. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10/10/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 1996 Ouc 16; nº 201, seção 1:21082-21085.

Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Unisul



UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Anexo 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DOS PACIENTES POSITIVOS PARA TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA

Pesquisador: CHAIANA ESMERALDINO MENDES MARCON

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59946122.0.0000.5369

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO SUPERIOR E CULTURA BRASIL S.A.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.576.296

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas das Informações Básicas da Pesquisa, arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1969208.pdf", postado na Plataforma Brasil em 23/06/2022.

Introdução

INTRODUÇÃO A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa e sua transmissão é direta de pessoa a pessoa por gotículas aerossóis, causada pelo microrganismo *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BAAR) as características do (BAAR), é um bacilo reto ou ligeiramente curvo, imóvel, não esporulado, não encapsulado, que mede de 1 a 10 µm de comprimento por 0,2 a 0,6 µm de largura, sendo a propriedade morfotintorial da álcool-ácido resistência a mais importante. (1) As bactérias do complexo *M. tuberculosis* são classificadas como microbactérias não pigmentadas de crescimento lento. Além destas características, uma peculiaridade importante é o agrupamento dos bacilos em forma de ramos alongados e tortuosos, conhecidos como cordas. (1) As manifestações clínicas são respostas imunológicas do hospedeiro para a infecção, na maioria das pessoas, a infecção primária é assintomática ou leve e pode causar febre e dor torácica pleurítica ocasional. A doença primária está frequentemente localizada nos

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca

UF: SC

Município: PALHOÇA

CEP: 88.137-270

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br



UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 5.576.296

lobos médio e inferior, a lesão primária geralmente cura espontaneamente e permanece como um nódulo calcificado. (2)O envolvimento pulmonar pode assumir diferentes formas Clínico Radiológicas: Pneumonia, broncopneumonia, cavitação ou atelectasia. um dos métodos A tuberculose pulmonar primária mais grave é do tipo miliar, causar disseminação hematogênica e têm lesões granulomatosas muito pequenas e se espalha, não só para os pulmões, mas também muitos órgãos. (1) A outra é a meningoencefalite tuberculosa, que afeta o sistema nervoso central. Essas Ambas as formas clínicas representam alto risco de morte sendo a mais comum a tuberculose pulmonar primária, que se apresenta de forma insidiosa e lenta. Nesta forma, o paciente, geralmente criança, apresentando irritabilidade, febre baixa, sudorese noturna, perda de apetite, sendo mais frequente entre eles a tosse. Quando é resultado de disseminação hematogênica, geralmente mais grave. (1)A tuberculose atualmente é considerada pela Organização Mundial Da Saúde (OMS) como problema de saúde pública mundial, (3) o Brasil registra, anualmente, cerca de 85 mil casos de Tuberculose, os critérios de entrada podem ser vários como “Novos casos”, “Recidiva”, “Reingresso após abandono”, “Transferência”, “Pós óbito”. Estima-se que para novos casos o total se aproxime de 71 mil novos casos anuais, com (4). coeficiente de incidência de, aproximadamente, 37,2% para cada 100 mil habitantes brasileiros. Ainda que, as pesquisas sugiram que a taxa de incidência das Tuberculose esteja em uma curva declinada, ou seja, os casos da infecção estão diminuindo, os números brutos sugerem preocupação, “são mais de 70 mil novos casos por ano e mortes em 4,5 mil portadores no mesmo período”. A subnotificação é um grande problema para a ciência da epidemiologia e Saúde Pública, uma vez que há relapsos da “falta de diagnóstico pelo serviço de saúde dos municípios ou por falha na cobertura do SINAN.” (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (4)No entanto a tuberculose pode ser controlada através de artefatos tal qual a vacinação presente no PNI (Programa Nacional de Imunização) (5)A vacina BCG (Bacilo de Calmette e Guérin), medidas sanitárias e o desenvolvimento de antibióticos voltados para o bacilo de Koch (BAAR) (6). O tratamento para tuberculose na maior parte dos casos leva seis meses e o tratamento é feito com dois antibióticos de primeira linha: rifampicina e isoniazida. Quando há resistência dos pacientes a esses antibióticos, considera-se que eles tenham desenvolvido a TB-MDR (tuberculose multirresistente a medicamentos) (8)O tratamento para TBMDR dura de 18 a 24 meses, de acordo com a evolução clínica, laboratorial e radiológica, faixa de peso e presença de comorbidades, divididas em 3 etapas, duas intensivas que duram 2 meses e 4 meses respectivamente, e um de 12 meses de manutenção. Nas duas primeiras, se utiliza medicamentos orais e injetáveis, o que pode dificultar a adesão ao tratamento e organização dos serviços de rotina O PNCT recomenda

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca

CEP: 88.137-270

UF: SC

Município: PALHOCA

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br



UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 5.576.296

detecção precoce de reações adversas dos medicamentos e seu manejo clínico para evitar interrupção e/ou possível abandono e reduzir complicações e mortalidade. (9) Desta forma pode se obter um controle epidemiológico da doença. Contudo, desde o seu surgimento no Brasil, a tuberculose ocasionou episódios de epidemias através dos anos apesar dos artefatos utilizados para o seu combate. Considerando o contexto e a incidência de tuberculose no território nacional, bem como esta caracteriza a situação do controle da doença, vê-se a importância de realizar um estudo para caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes positivos para Tuberculose no município de Tubarão. Planeja-se comparar a sintomatologia, perfil sócio demográfico, exposição a fatores de risco e evolução da doença nos grupos a serem estudados.

Hipótese

Identificar o perfil dos pacientes positivos para tuberculose.

Metodologia

Será realizado estudo epidemiológico com delineamento transversal por meio da coleta de dados retrospectivos de pacientes diagnosticados com Tuberculose notificados pela vigilância epidemiológica de Tubarão.

Critérios de inclusão e exclusão

São critérios de inclusão: Serão incluídos os pacientes acima de 18 anos que tenham sido diagnosticados com Tuberculose e registrados pela vigilância epidemiologia do município de Tubarão.

São critérios de exclusão: Serão excluídos do estudo os dados dos pacientes que não contemplem as variáveis de interesse deste estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar o perfil dos pacientes positivos para tuberculose no município de Tubarão.

Objetivo Secundário:

O estudo será composto por pacientes diagnosticados por Tuberculose notificados pela vigilância epidemiológica de Tubarão, no período de 2017 a 2022. A amostra será composta por

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca

CEP: 88.137-270

UF: SC

Município: PALHOÇA

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br



UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 5.576.296

aproximadamente 237 registros de pacientes a qual consiste em uma estimativa baseada no número de notificações de casos positivos para tuberculose da vigilância epidemiológica de Tubarão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Tendo em vista que a pesquisa utilizar-se-á apenas os registros do setor e não terá contato com os sujeitos do estudo, os riscos serão mínimos, todos os dados serão coletados de banco de dados.

Benefícios: Considerando o contexto e a incidência de tuberculose no território nacional, bem como esta caracteriza a situação do controle da doença, vê-se a importância de realizar um estudo para caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes positivos para Tuberculose no município de Tubarão. Planeja-se comparar a sintomatologia, perfil sócio demográfico, exposição a fatores de risco e evolução da doença nos grupos a serem estudados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Caráter acadêmico: projeto vinculado ao TCC do Curso de Medicina, Campus Tubarão
- Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal por meio da coleta de dados retrospectivos de pacientes diagnosticados com Tuberculose.
- Participantes: pretende incluir 237 participantes.
- Apresenta TCLE: Não
- Solicita dispensa do TCLE e justifica: venho por meio desta, solicitar dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e esclarecido do projeto intitulado PERFIL DOS PACIENTES COM SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE PERTENCENTES A UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2019 A 2022. Tendo em vista que a pesquisa utilizar-se-á apenas os registros do setor e não terá contato com os sujeitos do estudo, os riscos serão mínimos, todos os dados serão coletados de banco de dados.
- Solicitação de acesso a dados secundários: A coleta de dados será realizada pela plataforma do SINAN sob guarda da Fundação Municipal de Saúde setor de vigilância epidemiológica, que possui acesso aos dados de notificação e investigação de todos os pacientes Tuberculose nos anos de 2017 a 2022, somente, após a autorização das instituições envolvidas com o projeto e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).
- Previsão de início e encerramento do estudo: 08/2022 a 12/2022.

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca

CEP: 88.137-270

UF: SC

Município: PALHOÇA

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br



UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 5.576.296

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontrados óbices éticos

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente protocolo de pesquisa encontra-se em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 e/ou510/16.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1969208.pdf	23/06/2022 09:55:30		Aceito
Declaração de concordância	declaracaodecienciacorreetookcorreto.pdf	23/06/2022 09:54:31	Diordana Branco	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodeautorizacao.docx	22/06/2022 10:03:36	Diordana Branco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aocomite.docx	22/06/2022 10:01:47	Diordana Branco	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostodiordana.docx	22/06/2022 09:39:40	Diordana Branco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	versaofinalsim.docx	21/06/2022 16:53:53	Diordana Branco	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	21/06/2022 16:35:36	Diordana Branco	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	21/06/2022 16:35:22	Diordana Branco	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca

CEP: 88.137-270

UF: SC

Município: PALHOÇA

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br



UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 5.576.296

PALHOCA, 11 de Agosto de 2022

Assinado por:

**Rafael Mariano de Bitencourt
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca

UF: SC

Município: PALHOCA

CEP: 88.137-270

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br