



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA

PAULA VACCAREZZA LOPES

**PREVALÊNCIA DE TABAGISMO DENTRE OS SINTOMÁTICOS
RESPIRATÓRIOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM SALVADOR**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SALVADOR – BA

2023

PAULA VACCAREZZA LOPES

**PREVALÊNCIA DE TABAGISMO DENTRE OS SINTOMÁTICOS
RESPIRATÓRIOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM SALVADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no componente Metodologia da Pesquisa 3 (MP3).

Orientadora: Tatiana Senna Galvão Nonato Alves.

SALVADOR - BA

2023

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------|----|
| RESUMO | 4 |
| 1. INTRODUÇÃO | 5 |
| 2 OBJETIVOS | 8 |
| 2.1 Objetivo primário | 8 |
| 2.2 Objetivo Secundário | 8 |
| 3.REVISÃO DE LITERATURA | 9 |
| 4.MATERIAL E MÉTODOS | 11 |
| 5. ASPECTOS ÉTICOS | 13 |
| 6. RESULTADOS | 14 |
| 7. DISCUSSÃO | 20 |
| 8. CONCLUSÃO | 22 |
| REFERÊNCIAS | 23 |

RESUMO

Introdução: O uso do tabaco é responsável pela piora e deterioração de quadros respiratórios e cardiovasculares, por conta de influência no sistema imunológico, influenciando na ocorrência de DPOC e tuberculose. Embora seja essencial para cessação do uso de cigarros e para políticas contra o tabaco, o registro taxa e associação de tabagismo com doenças respiratórias é subnotificado, refletindo dados inadequados no Datasus. **Objetivo:** Estimar o percentual de tabagistas dentre os sintomáticos respiratórios atendidos nas unidades básicas de Salvador-Bahia. **Método:** Estudo transversal que analisou indivíduos a partir de 18 anos de idade atendidos nos Unidades Básicas de Saúde do município de Salvador-Bahia. Foram utilizado um modelo amostral por conglomerados, por meio de um questionário de perguntas objetivas. Os indivíduos classificados como Sintomáticos Respiratórios foram encaminhados para um hospital de referência em doenças respiratórias para pesquisa de Tuberculose ativa. **Resultados:** A prevalência de Tabagistas dentre os Sintomáticos Respiratórios encontrada nas unidades básicas de Salvador apresentou relevância estatística $p = 0,05$. Não houve associação entre os sintomas clínicos e o hábito tabágico entre os SR. **Conclusão:** Percebe-se associação percentual entre tabagismo e os SR nas Unidades Primárias de Atenção à Saúde de Salvador é semelhante aos dado encontrados na literatura. A prevalência de tabagismo entre os SR constituiu um fator importante e fundamental para estimular os órgão governamentais a propiciarem melhorias na estruturação de medidas e ações contra o uso do tabaco nas Unidades Básicas de Salvador.

Palavras-chave: sintomático respiratório, tuberculose, tabagismo, tabaco, unidade básicas de saúde.

SUMMARY

Introduction: Tobacco use is responsible for the worsening and deterioration of respiratory and cardiovascular conditions, due to its influence on the immune

system, influencing the occurrence of COPD and tuberculosis. Although it is essential for smoking cessation and anti-tobacco policies, the registration of the rate and association of smoking with respiratory diseases is underreported, reflecting inadequate data in DATASUS. **Objective:** To estimate the percentage of smokers among those with respiratory symptoms treated at basic units in Salvador-Bahia. **Method:** Cross-sectional study that analyzed individuals from 18 years of age treated at Basic Health Units in the city of Salvador-Bahia. A sampling model by clusters was used, through a questionnaire with objective questions. Individuals classified as having respiratory symptoms were referred to a referral hospital for respiratory diseases for active tuberculosis research. **Results:** The prevalence of smokers among those with respiratory symptoms found in basic units in Salvador was statistically relevant at $p = 0.05$. There was no association between clinical symptoms and smoking among respiratory symptomatic. **Conclusion:** The percentage association between smoking and respiratory symptomatic in Primary Health Care Units in Salvador is similar to data found in the literature. The prevalence of smoking among people with respiratory symptoms was an important and fundamental factor in encouraging government agencies to provide improvements in the structuring of measures and actions against tobacco use in Basic Units in Salvador.

Key words: respiratory symptomatic, tuberculosis, smoking tobacco, basic health units.

1. INTRODUÇÃO

O paciente sintomático respiratório é aquele que apresenta tosse associada ou não à outra alteração respiratória por três semanas. Atualmente é recomendado a realização de baciloscopia direta do escarro para investigação de tuberculose pulmonar nesse indivíduos. A queda nos casos de TB em 2020 a 2022 pode ser um reflexo da pandemia de covid-19. (1) O total de notificações de casos de TB (casos novos e retratamentos) em 2021 (82.680) foi inferior àquele observado em 2020 (83.741) e ambos foram menores do que no ano de 2019 (93.208). (2) Estima-se que 10,6 milhões de pessoas ficaram doentes por tuberculose (TB) em 2021, um aumento de 4,5% em relação a 2020, e 1,6 milhão de pessoas

morreram de TB (incluindo 187 mil entre as pessoas vivendo com HIV), de acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2022 sobre tuberculose global. (3)

O Brasil se destaca entre os 30 países com alta carga viral para tuberculose, sendo prioritário para o controle dessa doença no mundo pela Organização Mundial Saúde. Na Bahia, a incidência de casos novos foi de 23,5 % (em 100 mil habitantes), sendo em Salvador a taxa de 40,8 em 100 mil habitantes (4). O uso do tabaco é um fator de risco importante para a tuberculose pulmonar, assim como influencia na progressão clínica e no seu tratamento. (5)

O tabagismo é o principal responsável dentre os fatores causais da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), e, embora apenas 10% - 20 % dos tabagistas desenvolvem essa doença, ele é responsável por 90 % dos casos de câncer de pulmão e por 80-90% dos casos de DPOC. Essa patologia é uma das principais causas de doença e de morte no mundo. (6)

O uso do tabaco também pode se relacionar a quadros de rinite alérgica e asma, sendo um fator de piora e agravamento. O tabagismo passivo aumenta o risco de sensibilização na infância, aumentando as chances do indivíduo de desenvolver asma, e o tabagismo ativo diminui a eficácia de corticoides sistêmicos utilizados para tratá-la. Pacientes com essas patologias são extremamente encorajados a parar de fumar. (7)

A fumaça do cigarro possui 4.720 substâncias tóxicas diferentes e é extremamente cancerígena, causando cerca de 50 patologias distintas. O tabagismo é responsável pela piora e deterioração de quadros respiratórios e cardiovasculares, já que o tabaco enfraquece o sistema imunológico, aumentando a probabilidade e suscetibilidade do usuário de adquirir doenças como tuberculose e gripe. (8) Logo, o tabagismo é a principal causa evitável de doenças, invalidez e morte, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e cerca de 5 milhões de mortes por ano são atribuídas ao tabaco, tendo previsão desse número duplicar até 2030. (7)

Entre 2017 e 2021, no Brasil, foram verificados 452.336 casos de tuberculose, sendo 109.378 relacionados ao tabagismo, aproximadamente 24% do total.

Entre os fumantes, foi mais prevalente o sexo masculino e indivíduos entre 25 e 34 anos. (9)

Salvador é a capital brasileira com menor índice de fumantes, de acordo com a Pesquisa do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL/2018), do Ministério da Saúde. Porém, durante o período da pandemia, essa situação mudou, houve o aumento de 34% no consumo de cigarros em todo Brasil, o que se reflete também na capital baiana. (10)

Embora seja um tema de destaque e de extrema importância, o tabagismo é subnotificado, refletindo registros inadequados no Datasus. Como pode-se ver, dentre os casos de tuberculose confirmados em Salvador, Bahia, entre 2005 e 2020, 6% dos pacientes eram tabagistas, segundo o Datasus, porém os resultados não são totalmente conclusivos, visto que, a investigação sobre tabagismo foi ausente em maior parte, 70% dos casos, sendo relatados como em branco ou inconclusivos. (11) Essa situação evidencia como a abordagem sobre tabagismo é precária dentre os pacientes sintomáticos respiratórios na cidade de Salvador, o que mascara dados sobre a associação entre eles e prejudica o monitoramento e a intervenção ao fumo, consequentemente, interferindo no tratamento e na progressão de doenças. Assim, fica claro a necessidade e magnitude da coleta dos dados sobre tabagismo nas Unidades Básicas de Saúde de Salvador, para estabelecer o percentual que se aproxime da realidade, que é fundamental para as políticas de combate tanto ao tabagismo, quanto doenças respiratórias, principalmente tuberculose pulmonar.

No estudo para avaliação do impacto do tabagismo na conversão de cultura e no desfecho do tratamento da TB no Brasil, o resultado revelou a presença de associação entre o tabagismo e a cultura positiva para tuberculose pulmonar, apresentando-se estatisticamente significativa ($p = 0,027$). Assim como, tem relação com o atraso na conversão da cultura no final do segundo mês do tratamento ($p = 0.01$) e ao desfecho de tratamento não favorável ($p = 0,009$). Desse modo, pessoas fumantes ou ex-fumantes possuem resolução de tratamento menos favorável se comparado com pacientes que nunca fumaram. (12)

O controle da epidemia do tabaco é uma aliada e determinante para o sucesso da estratégia para remissão da tuberculose. Desse modo, o monitoramento de padrões e tendências sobre o uso e a exposição ao tabaco são fundamentos da política de prevenção, declarado pelo Artigo 20 da FCTC da Organização Mundial de Saúde. (13) Logo, promover a estimativa do percentual de fumantes dentre os sintomáticos respiratórios é essencial para o monitoramento do uso do tabaco e sua relação com doenças respiratórias, visto que, isso ainda é um desafio, aumentado durante a pandemia do covid-19, que causou regresso no fornecimento de serviços de saúde (14). Através dessa estatística pode-se avaliar a prevalência de fumantes e não fumantes dentre os portadores de sintomas respiratórios e diagnosticados com tuberculose, fazendo uma busca ativa e podendo relacionar o tabagismo com formas mais graves da tuberculose e de doenças crônicas. Assim, poder oferecer ajuda para a cessação do fumo, conscientização dos riscos e monitorar o uso do tabaco, abordando três das seis medidas para reduzir o consumo do tabaco no mundo, elaboradas pela OMS. (2) Desse modo, diminuir significativamente os números de casos de tuberculose e efetivar o tratamento e menor reincidência. (15)

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Estimar o percentual de tabagistas dentre os sintomáticos respiratórios atendidos nas unidades básicas de Salvador-Bahia.

2.2 Específicos

- Determinar as características demográficas entre a população de estudo nas unidades básicas de Salvador-Bahia.
- Definir se os pacientes com tuberculose pulmonar que são tabagistas cursaram uma forma mais grave da doença.
- Definir se os pacientes tabagistas apresentaram mais sintomas associados se comparados com os não tabagistas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O tabagismo é um problema de saúde pública global. As taxas de uso de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais, em 2020, no mundo, é de 22,3%, já, no Brasil, corresponde a 13,1% da população. O número de tabagistas no país diminuiu (16), mas ainda permanece alto, sendo alvo de campanhas, projetos e monitoramento antitabagistas realizadas pelo governo federal e pela Organização Mundial da Saúde.

O tabagismo é responsável, anualmente, por mais de 8 milhões de mortes, embora seja a principal causa evitável de falecimento no mundo. (13) Indivíduos tabagistas são mais propensos a doenças cardiovasculares e respiratórias, pois o tabaco compromete a função endotelial, vascular e pulmonar, além de prejudicar o sistema imunológico. Devido a pandemia do COVID-19, a relação do tabaco com doenças respiratórias e covid-19 está sendo mais bem avaliada, logo que, pessoas tabagistas ou ex-tabagistas são mais vulneráveis ao vírus e possuem resultados mais graves de COVID-19 (13).

O uso do tabaco foi evidenciado como fator de risco para tuberculose (TB) em 1918. (17) Porém, a relação entre essa patologia e o tabagismo carecia de destaque na literatura. Atualmente, há estudos científicos que demonstram que essa associação tem significância. (18) Em uma revisão sistemática de artigos sobre a exposição do tabaco e a tuberculose, onde foram avaliados 42 artigos, com 53 estudos, foi observado que 87% dos estudos incluídos mostraram significativa relação entre essas duas variantes. Sendo, o tabagismo associado com mortalidade e retratamento da tuberculose. (19)

A identificação dos sintomáticos respiratórios, pacientes que apresentem tosse por um período maior ou igual a 3 semanas, é necessário para identificação precoce de indivíduos transmissores de tuberculose, para assim proporcionar o tratamento e encaminhamento adequado e o controle dessa patologia. (20)

A TB, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb), é responsável por cerca de 2 a 3 milhões de mortes, acometendo 8 a 9 milhões de pessoas no mundo, a cada ano. (21) Da população mundial, 25% estão infectadas pelo Mtb, dentre

estas cerca de 5-10% dos indivíduos desenvolvem a forma ativa da doença, dos quais, 85% dos casos são tratáveis e evitáveis. Ela é transmitida pela exalação de aerossóis, por via aérea, advinda da tosse, fala ou espirro de uma pessoa contaminada. Na TB, o risco de adoecimento depende de vários fatores, sendo um deles, o tabagismo (mais ou um maço de cigarro por dia), assim como, sorologia positiva para HIV, condições socioeconômicas, entre outros. (2)

A fumaça do tabaco elimina secreções da superfície da mucosa e cílios da nasofaringe, além de prejudicar a função dos macrófagos alveolares pulmonares e diminuir a liberação de citocinas, o que afeta diretamente mecanismos de defesa (físicas e químicas) imprescindíveis contra o *M. tuberculosis*, deixando o corpo humano mais suscetível ao desenvolvimento e contaminação da doença. (22) Assim, o tabagismo dobra o risco da tuberculose latente progredir para o estado ativo, como piora a progressão da doença, por afetar o sistema imunológico, o que explica o fato de pacientes que fumam, usualmente, terem piores prognósticos ou desenvolverem formas mais graves da TB, por conta da perda tecidual funcional do pulmão, podendo ocasionar em uma insuficiência respiratória. (23)

O hábito de fumar aumenta a chance de o indivíduo adquirir a TB assim como influencia na progressão clínica e no seu tratamento, já que, segundo a OMS, 1/5 da ocorrência global de tuberculose é devido ao uso do tabaco, aumentando 2,5x o risco de desenvolver a doença. Os usuários de tabaco positivam mais na baciloscopia do escarro, tem maior nível de transmissão, maior mortalidade e resistência a medicamentos. (2) Também foi analisado que a cessação do fumo, reduz em 65% o risco de morte por tuberculose do enfermo. (18)

Na Amazônia, um estudo com pacientes com tuberculose e os fatores de risco associados, apresentou que o tabagismo eleva o risco de contrair TB, porém não apresentou dados estatísticos, nem a variante fumante e não fumante no estudo. (24).

Os dados sobre a prevalência de sintomáticos respiratórios é escassa no Brasil. Esse dado é importante para a captação precoce da tuberculose. Essa prevalência varia entre 4 e 10,3 %. Na Colômbia, a prevalência variou de 3,6% a 6,4% No Distrito Federal, esse dado se encontra entre 4,8% e 5,7% e o

tabagismo associou-se ao grupo de sintomáticos respiratórios em todas as regiões pesquisadas. Nesse contexto, foi constatado que o tabagismo está entre as principais causas de tosse crônica, sendo a prevalência desse sintoma 3 vezes maior entre tabagistas, se comparado com não tabagistas e ex-fumantes. Como também, o tabagismo prevalece em populações com menor escolaridade, por conta da maior vulnerabilidade em quesitos de saúde. No estudo sobre a prevalência de SR no Distrito Federal, obteve que a associação do tabagismo com SR é coerente e deve ser considerada na organização de serviços de saúde, pois o uso do tabaco aumento o número de sintomáticos respiratórios e de casos de tuberculose. (25)

Em pesquisa sobre tabagismo e função pulmonar em programas de busca de doentes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), dentre os 899 indivíduos, 46,3% eram fumantes, sendo a predominância do sexo masculino. As doenças tabaco-associadas são responsáveis por 440000 mortes de norte-americanos. (6)

A busca ativa de sintomático respiratório é uma ação que faz parte das Estratégias Programáticas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT e do Programa Municipal de Controle da Tuberculose – PMCT, e visa a detecção ativada dos casos de tuberculose e encaminhamento para o tratamento. Essa ação tem o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e reduzir a incidência da doença. (20)

4. MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Estudo é transversal, prospectivo, do tipo observacional exploratório.

4.2 Características do Local e Período

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Salvador-Bahia com paciente sintomáticos respiratórios, a partir de 18 anos de idade, em primeira consulta. O município de Salvador possui 115 unidades

básicas de saúde atualmente. A amostra será selecionada por amostragem por conglomerados ponderados.

4.3 População do Estudo

População alvo: indivíduos a partir dos 18 anos, em primeira consulta atendidos nas Unidades Básicas De Saúde do município de Salvador.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Os pacientes com presença de tosse a partir de 3 semanas, com 18 anos de idade ou mais, em primeira consulta nas unidades do município de Salvador – BA.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Pacientes que tiveram seus dados perdidos, ou se negaram a participar da pesquisa.

4.4 Amostra

Foi utilizado um modelo amostral por conglomerados ponderados no qual foram estudados 28 clusters com 27 pacientes por unidade básica de saúde.

4.4.1 Cálculo Amostral

O cálculo amostral foi obtido a partir de uma amostra de conveniência, utilizando os critérios de inclusão e exclusão, com estimativa de 800 pacientes.

4.5. Fonte de Dados

Os dados serão coletados por meio de questionários elaboradas pelos pesquisadores e foram selecionados todos os pacientes que cumpriram os critérios de inclusão.

4.6. Instrumento de coleta de dados

Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um questionário de perguntas objetivas sobre presença de tosse a partir de três semanas, hábito tabágico e características sociais da amostra estudada. Os indivíduos classificados como Sintomáticos Respiratórios foram encaminhados para um hospital de referência em doenças respiratórias para pesquisa de Tuberculose

ativa através de radiográfica de tórax, Baciloscopia do escarro, o teste rápido molecular para TB (TRM-TB, GeneXpert®) e cultura do escarro. Em relação ao tabagismo, foram realizadas perguntas sobre o hábito de fumar, carga tabágica, anos de fumo, convivência passiva com o cigarro, se já houve tentativas de abdicação do cigarro e tempo de abstinência. Nos pacientes caracterizados como SR, foi feita radiografia de tórax em PA e perfil no setor de radiologia do Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM) e coleta do escarro para realização de Baciloscopia, Cultura de Escarro (em meio Löwenstein-Jensen) com teste de sensibilidade e TRM, executadas no Hospital Estadual Otávio Mangabeira (HEOM), para avaliar a presença do MTB e, assim, confirmar ou afastar o diagnóstico de TB. Nos pacientes que positivassem nesta avaliação com TRM positivo para o MTB, foi iniciado o tratamento com o tuberculostático, duas horas após resultado do teste e o paciente assinava um termo de consentimento para a realização da sorologia para HIV.

4.7 Coleta de Dados

Os questionários foram preenchidos pelos estudantes pesquisadores por meio de entrevista, no período que o paciente estava na sala de espera. Sem limite de tempo para ser preenchido e foi realizado posteriormente a assinatura de termo de concessão de uso de dados.

Os dados coletados foram armazenados no software SPSS para análise estatística.

4.8 Análise Estatística

- **Descritiva:** As variáveis categóricas foram descritas como proporções e as variáveis contínuas como média. Para as análises demográficas e clínicas, foi utilizado a análise de tendência central média e percentil.

O teste de Quiquadrado ou Exato de Fisher foi utilizado para comparação de proporções e o teste T de Student a fim de comparar as médias para variáveis com distribuição gaussiana e o Teste de Mann Whitney para comparar medianas naquelas variáveis que tiverem distribuição não gaussiana. Um erro tipo $\alpha < 0,05$ foi considerado para todas as análises estatísticas. A análise estatística dos dados coletados foi realizada por meio do software

Statistical Package for Social Sciences, versão 22.0 para Windows (SPSS inc, Chicago, Il).

4.9 Variáveis do Estudo

- Gênero (feminino e masculino);
- Grau de instrução (analfabeto, primário incompleto, primário completo, ginásio completo, segundo grau completo, superior completo, pós-graduação e não respondeu);
- Idade (anos);
- Renda mensal (dados expressos em média);
- Estado civil (com parceiro, sem parceiro, outros);
- Situação ocupacional (trabalha, não trabalha, outros, não respondeu);
- Classificação econômica (B,C,D,E, não soube informar);
- Hábito de fumar (não, sim, ex-fumante, dado perdido);
- Raça/Cor (Branca, preta, parda e outros);

5. ASPECTOS ÉTICOS

- Para a realização deste estudo, houve parecer do comitê de ética e pesquisa (n° 183/10 e CAAE: 0195.0.051.000.10), e a Secretaria Municipal de Saúde liberou a Carta de Anuência, viabilizando as entrevistas nas Unidade de Saúde. Além disso, houve aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos participantes ou responsáveis legais destes que aceitarem participa, respeitando a Resolução 466/12 CNS/MS
- Os dados coletados foram armazenados no software SPSS e foi realizada a análise estatística dos dados.

8. RESULTADOS

Durante o período do estudo, foram estudados 482 pacientes, sendo 354 (72,7%) do sexo feminino. A idade da população de estudo variou entre 18 e 84 anos com média 46,77 e desvio padrão de 16,58. As raças/etnias predominantes foram pretos, 205 (42,1%) e pardos, 196 (40,2%). A maior parte dos indivíduos

estudados cursaram o segundo grau completo. Desempregados foram predominantes na amostra. Sem parceiros são maior parte na amostra. A classe C do Critério Brasil, foi a mais predominante na amostra. A renda média foi 1515,18 ± 1018,8 reais. (Tabela 1)

Tabela 1: Dados demográficos dos indivíduos em primeira consulta nas UBS de Salvador (2015-2023).

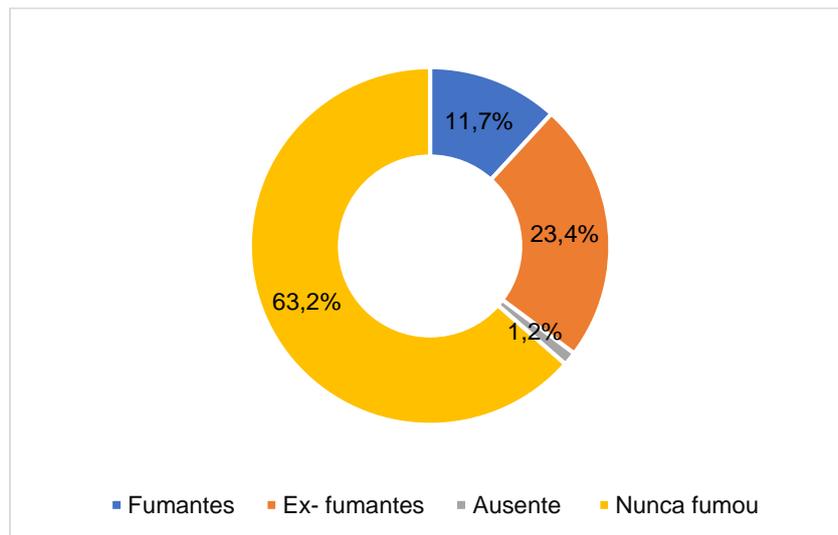
| Variável | Resultados |
|--------------------------------|----------------------|
| Idade* | 46,77 (16,584) |
| Gênero | |
| Feminino | 254 (73,4%) |
| Masculino | 128 (26,6%) |
| Raça/Cor | |
| Branca | 29 (6 %) |
| Preta | 205 (42,1%) |
| Parda | 196 (40,2%) |
| Outros | 52 (10,7%) |
| Grau de instrução | |
| Analfabeto | 18 (3,7%) |
| Primário Incompleto | 72 (14,8%) |
| Primário Completo | 109 (22,4%) |
| Ginásio Completo | 90 (18,5%) |
| Segundo Grau Completo | 162 (33,3%) |
| Superior Completo | 29 (6 %) |
| Pós-graduação | 1 (0,2%) |
| Não Respondeu | 1 (0,2%) |
| Estado Civil | |
| Com Parceiro | 209 (43,36%) |
| Sem Parceiro | 270 (56,01%) |
| Outros | 3 (0,6%) |
| Situação ocupacional | |
| Trabalha | 215 (44,6%) |
| Não trabalha | 232 (48,2%) |
| Outros | 34 (7%) |
| Não Respondeu | 1 (0,2%) |
| Classificação econômica | |
| B | 43 (8,9%) |
| C | 289 (59,95%) |
| D | 104 (21,4%) |
| E | 4 (0,8%) |
| Não soube informar | 42 (8,6%) |
| Renda Mensal* | 1515,18 (1018, 803) |

Fonte: Próprio autor.

*Dados expressos em média e desvio padrão.

Dentre os 482 estudados, 57 (11,7%) declararam que são, atualmente, fumantes, sendo 114 (23,4 %) ex-fumantes (Gráfico 1) e 2 (0,4%) se declararam fumantes passivos. Entre os fumantes, a carga tabágica variou entre 25 a 120.000 maços-ano.

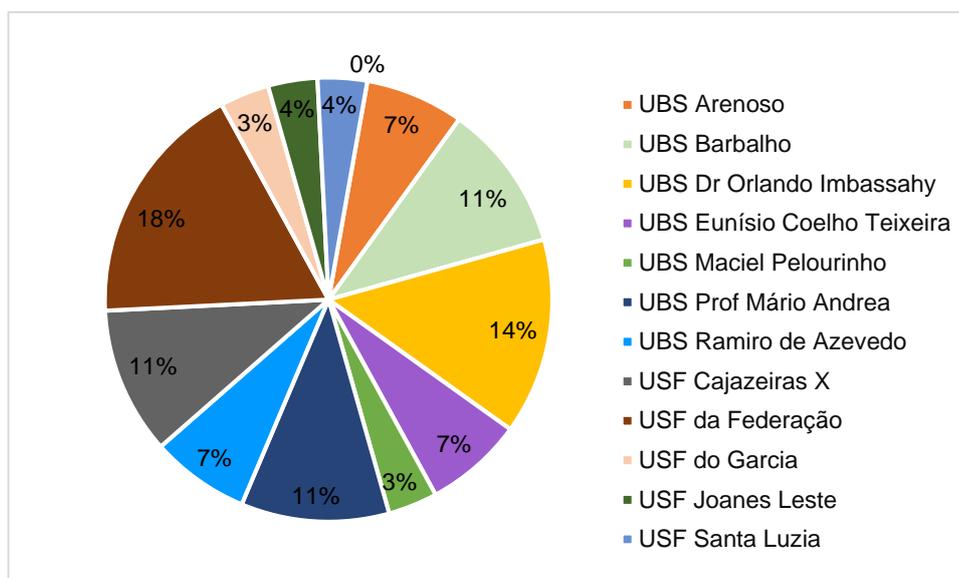
Gráfico 1: Análise do hábito tabágico da população estudada nas *Unidades Básicas de Saúde* de Salvador (2015-2023).



Fonte: Próprio Autor

Entre os estudados, foram classificados como Sintomáticos Respiratórios 28 (5,80%), os quais se encontram distribuídos heterogeneamente entre as unidades básicas de saúde, entre elas, a que predomina com maior número de SR é a USF da Federação. O gráfico 2 traz a distribuição dos Sintomáticos Respiratórios de acordo os distritos de saúde da cidade de Salvador – BA.

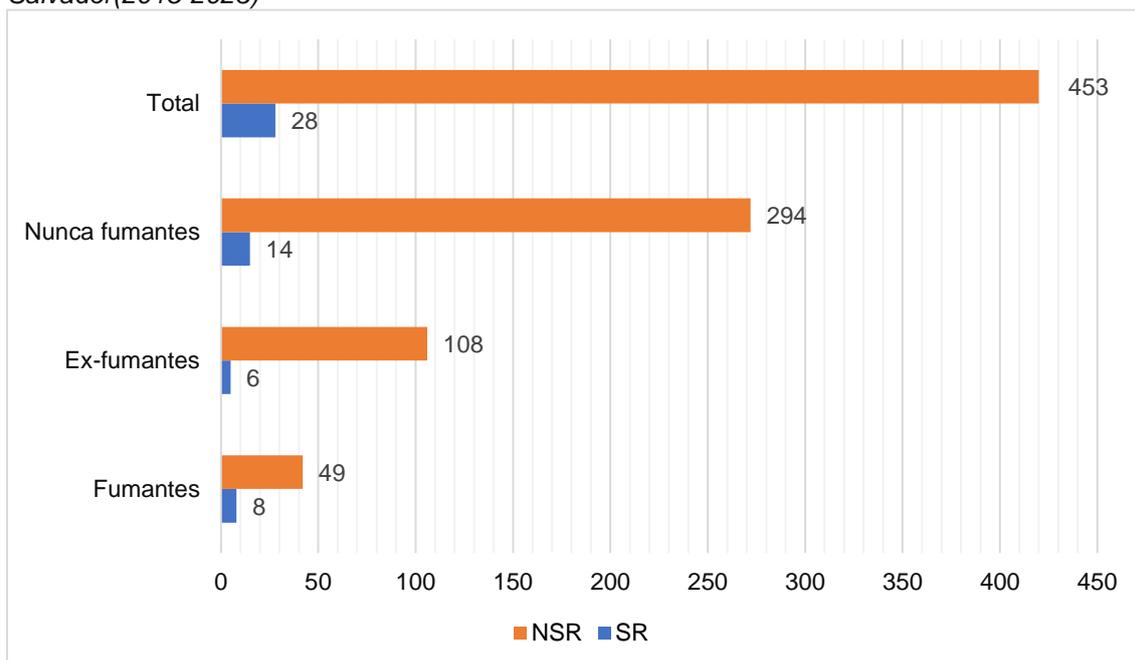
Gráfico 2: Distribuição de Sintomáticos Respiratórios por Distritos Sanitários em Salvador, Ba (2015-2023).



Fonte: Próprio Autor

A prevalência de Tuberculose nos pacientes SR foi de 2 (7,1%). Dentre os Sintomáticos Respiratórios, aqueles que eram fumantes tiveram uma frequência de 8 (28,6%) e os ex-fumantes de 6 (21,42%). (Gráfico 3) Enquanto, os pacientes classificados como Não Sintomáticos Respiratórios apresentaram uma frequência de fumantes de 42(9,8%). Usando teste exato de Fisher foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,05$) ao se comparar dentre os sintomáticos respiratórios os tabagistas em relação a não tabagistas

Gráfico 3: Comparação fumantes, não fumantes e ex-fumantes dentre os sintomáticos respiratórios e os não sintomáticos respiratórios, das unidades básicas de saúde em Salvador(2015-2023)



Fonte: Próprio Autor

Entre os SR, 21(72,4%) apresentaram expectoração com duração menor que três semanas e entre estes, 6(28,6%) são tabagistas e 4 (19%) são ex tabagistas. Em relação à dispneia, 15(51,7%) dos SR referiram estes sintomas e 5(33%) destes utilizavam tabaco e 1 (6,6%) são ex usuários dessa droga. 10(34,5%) indivíduos apresentaram dor torácica sendo que 2(20%) faziam uso de cigarro e 1 (10%) era ex-tabagista.

Tabela 1. Dados clínicos da amostra Sintomático Respiratório (N= 27) nas UBS de Salvador (2015-2023).

| Variável | Grupos | | p* |
|----------------------|------------------------------|--|-------|
| | SR Não tabagista (N = 14) | SR Ex e Atuais tabagistas (N = 13) | |
| Expectoração | 9 (33,3%) | 10 (37,03%) | 0,385 |
| Suores | 6 (22,22%) | 6 (22,22%) | 0,585 |
| Dispneia | 8(29,62%) | 6 (2,22%) | 0,427 |
| Dor torácica | 6 (22,22%) | 3(11,11%) | 0,249 |
| Inapetência | 3(11,11%) | 6 (22,22%) | 0,171 |
| Emagrecimento | 5(18,51%) | 9 (33,33%) | 0,087 |
| Febre | 2(7,4%) | 4 (14,81%) | 0,322 |

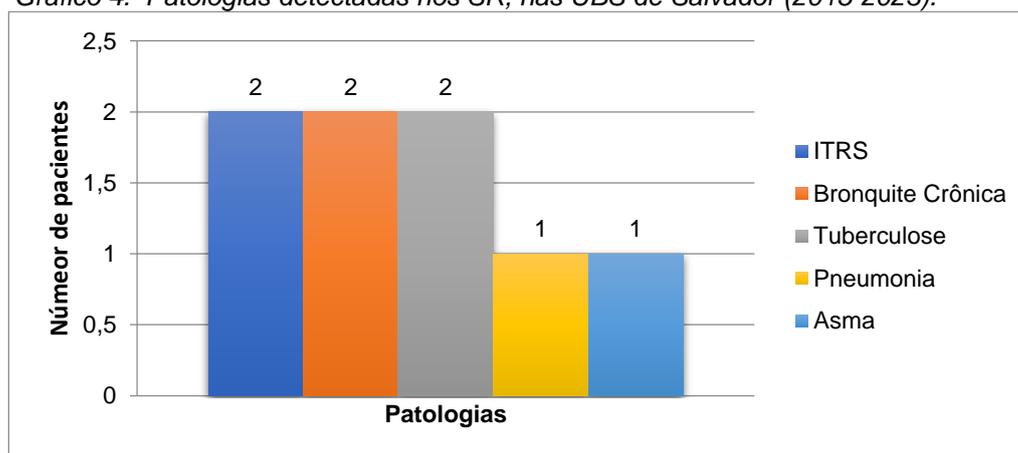
NSR: não sintomático respiratório; SR: sintomático respiratório. Valores expressos em n (%). *Teste Exato de Fisher. $p > 0,5$: sem significância de relação; $p < \text{ou} = 0,5$: apresenta significância de relação.

Fonte: Próprio autor

Na comparação entre os grupos SR tabagistas e não tabagistas, os dados clínicos da amostra obtiveram valores de p pouco significantes, com $p > 0.05$ para a variável dispneia, inapetência, emagrecimento, febre, expectoração, suores e dor torácica não alcançaram valores de p significativos, conforme mostra acima na tabela 1.

Além dos dois pacientes com tuberculose, foram detectados no grupo dos SR um caso de pneumonia, um caso de asma, dois casos de infecções do trato respiratório superior(ITRS) e dois casos de bronquite crônica. (Gráfico 4).

Gráfico 4. Patologias detectadas nos SR, nas UBS de Salvador (2015-2023).



Fonte: Próprio Autor

Entre os pacientes SR, 2(6,9%) tiveram diagnóstico de tuberculose confirmado através da detecção do *Mycobacterium tuberculosis (Mtb)* pelo teste rápido molecular (TRM), baciloscopia, cultura para *Mtb* pelo método de Löwenstein – Jensen positivos e raio-x de tórax com infiltrados pulmonares compatíveis com tuberculose. Entre estes pacientes confirmados, um era ex-tabagista, que parou há 83 dias, possuía uma carga tabágica e 7500 maço-ano . Foi iniciado o tuberculostático (esquema RIPE - Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) nos dois pacientes imediatamente após confirmação

do teste rápido molecular (TRM-TB) com resultado positivo e sem resistência a Rifampicina.

9. DISCUSSÃO

Este trabalho utiliza estratégias de busca de sintomáticos respiratórios em unidades básicas de saúde, em consonância com as recomendações nacionais para o controle da tuberculose. Visto que, a frequência de SR encontrada nas unidades básicas de Salvador e a porcentagem de pacientes com TB dentre os Sintomáticos Respiratórios foi coerente com os dados encontrados na literatura.

A prevalência de SR no Brasil, segundo a literatura varia entre 4,0 e 10,3% para fins operacionais o Programa Nacional de Controle da Tuberculose do ministério da saúde considera 5% como a prevalência de SR em pacientes de primeira consulta em unidades básicas. (7) Em um estudo feito no Paraguai com a população indígena local a prevalência de SR foi de 5,7%. (26) Em Santa Catarina a prevalência foi de 6,29% se SR. (27) O Peru reportou uma prevalência de SR de 5% (Collazos et al. 2010). (28)

O tabagismo é associado ao aumento de infecção por tuberculose, fumar é responsável por alterar a resposta imune do indivíduo, por meio da modificação do comportamento dos macrófagos, monócitos, linfócitos CD4 e a função ciliar, assim, aumentando a susceptibilidade dos fumantes à TB. Como também, o uso do tabaco é o principal fator etiológico por trás das doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC). (29) Porém, os dados coletados nas unidades básicas de saúde em Salvador, não foram suficientes para ter significância estatística, assim, o resultado não foi favorável a associação no estudo do tabagismo com TB. Algumas análises sistemáticas e meta-análises de estudos observacionais também mostraram uma associação desfavorável entre a epidemia global de tuberculose e tabagismo. (30) (31)

Esse estudo apresentou um $p = 0,05$ em relação a prevalência de tabagistas dentre os sintomáticos respiratórios, revelando um resultado positivo entre a associação dessas variáveis. Em estudo, feito nos Estados Unidos, realizado

pela Longitudinal Population Assessment of Tobacco and Health (PATH), demonstrou que tabagismo passado e atual levam a sintomas respiratórios importantes, apresentando resultados condizentes com o resultado presente nesse trabalho. (32) Assim como, um estudo feito em 3 regiões do Distrito Federal, em uma busca ativa por SR, teve como conclusão a existência de associação do tabagismo com os grupos de sintomáticos respiratórios em todas as regiões, identificando que entre os participantes SR, 49% eram fumantes, mostrando que o tabagismo desempenha importante papel no desenvolvimento dessa condição. Logo, vê-se que o tabagismo pode aumentar o número de SR sem necessariamente elevar o número de casos de tuberculose, fato importante na organização dos serviços de saúde. (25)

Porém, nesse trabalho, os sintomas clínicos não se mostraram diferentes entres os SR tabagistas ou ex tabagistas e os SR não tabagistas, com $p > 0,05$ para todos os sintomas, não mostrando associação de tabagismo com formas mais exacerbadas de sintomas respiratórios.

Como pudemos observar, o hábito tabágico tem um impacto importante na saúde respiratória da população, e levando em conta que 35,47 % da população estudada apresentava tabagismo atual ou prévio, é perceptível a necessidade de intervenção na atenção primária, com programas e políticas contra o tabagismo. Embora a Política Nacional de Controle ao Tabaco já exista, é preciso potencializar e instaurar mais ações preventivas dos órgãos atuantes com base nessa política, como o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA), logo, medidas a favor do cessamento do tabagismo serão intensificadas e ampliadas.

Esse estudo apresenta limitações devido à dificuldade de finalizar a coleta de dados, então o cálculo amostral original não foi atingido, além de possuir um número baixo em certas variáveis, principalmente pelas adversidades impostas pela pandemia do COVID-19, é um estudo transversal, por isso não apresenta nexos de causalidade.

10. CONCLUSÃO

Com os resultados desse estudo, conclui-se que a associação percentual de tabagismo entre os Sintomáticos Respiratórios nas Unidades Primárias de Atenção à Saúde de Salvador foi relevante e está dentro dos parâmetros literários a respeito desse tema, alcançando-se o objetivo primário desse trabalho. Entretanto, o estudo não mostrou prevalência e maior gravidade de sintomas clínicos específicos entre os SR não tabagistas e os que utilizam ou já utilizaram tabaco. Além de não ter sido possível analisar a relação do tabagismo com formas mais graves de tuberculose pulmonar, visto que os dados não obtiveram significância suficiente para essa análise.

Desse modo, a conclusão da existência de relação entre o tabagismo e o SR nesse estudo, é fundamental para traçar medidas e ações para a cessação do uso do tabaco, em unidades básicas de Salvador a identificação da população alvo e a potencialização e modernização dos programas já existentes, estimulando os órgãos governamentais a propiciarem melhorias na estruturação de medidas e ações contra o uso do tabaco nas Unidades Básicas de Salvador.

Referências

1. Pan American Health Organization. Report on Tobacco Control for the Region of the Americas 2022. 2022;(Washington, DC: PAHO; 2022. Available from: <https://doi.org/10.37774/9789275125892>).
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. - Brasília: Ministério da Saúde. 2019;(346 p.: il. ISBN: 978-85-334-2696-2).
3. Report WGT. Global Tuberculosis Report 2022 Organization WH, editor.; 2022.
4. Epidemiological Report- Tuberculosis. Editora MS/CGDI. 2021.
5. Silva DR, Muñoz-Torrico M, Duarte R, Galvão T, Bonini EH, Arbex FF, Arbex MA, Augusto VM, Rabahi MF, Mello FCQ. Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas.: J Bras Pneumol. 2018;44(2):145-152 <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562017000000443>; 2018.
6. Neves DD CHPFea. Tabagismo e função pulmonar em programas de busca de doentes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). 2005; Pulmão RJ 2005;14(4):294-299.
7. 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: Ministério da Saúde 2. .
8. Fiocruz. Tabagismo - O mal da destruição em Massa. Biossegurança. .
9. Lívia Cavalcanti, Roberto Carlos Junior, João Barradas, Renandro Reis, Nickolle Silva, Lethícia Lima, Júlia Manganeli, Gabrielly Vieira. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE ASSOCIADOS AO TABAGISMO NO BRASIL NO PERÍODO DE 2017 A 2021 Curitiba, PR: Revista Foco. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n4-012; 2023.
10. Fiocruz. Fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante a pandemia da COVID-19 na população brasileira. Cadernos de Saúde Pública. 2021.
11. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [Acessado em 15 de novembro de 2021]. .
12. Cailleaux-Cezar M, Loredó C, Lapa e Silva JR, Conde MB. Impacto do tabagismo na conversão de cultura e no desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar no Brasil: estudo coorte retrospectivo Rio de Janeiro: J Bras Pneumol. 2018; 44(2):99-105 <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562017000000161>.
13. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. ISBN: 978 92 4 003209 5. .
14. Global tuberculosis report. Global tuberculosis report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. 2021;(Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.).
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasil. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância -

- Brasília. 2011;(284 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1816-5 1.).
16. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition. ISBN 978-92-4-003932-2. .
 17. Webb G B. O efeito da inalação da fumaça do cigarro em os pulmões. Um estudo clínico. *Am Rev Tuberc* 1918; 1: 25–27. .
 18. Como abordar o controle do tabagismo articulado ao programa de tuberculose no Sistema Único de Saúde? Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)- Ministério da saúde. Rio de Janeiro. 2019; 52 p. ISBN 975-85-7318-383-2.
 19. Slama K, Chiang CY, Enarson DA, et al. Tobacco and tuberculosis: a qualitative systematic review and meta-analysis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007;11(10):1049-1061. .
 20. -COVISA, Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo e Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Busca Ativa de Sintomático Respiratório -SR. 2020;(NOTA INFORMATIVA PMCT: 04 /2020).
 21. Teixeira HC ACMM. Immunological diagnosis of tuberculosis: problems and strategies for success: *J Bras Pneumol.* 2007; 33(3):323-334; 2007.
 22. Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. 2007;(*PLoS Med.* 2007;4(1):0173–89).
 23. World Health Organization. (2019). The tobacco body. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324846>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. .
 24. Anna Lettycia BFCMea. Perfil dos pacientes portadores de tuberculose e os fatores de risco associados em municípios da Amazônia Legal. ;(Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health | ISSN 2178-2091 3/2020 REAS/EJCH | Vol.Sup.n.43 | e2344 | DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2344.2020>).
 25. Freitas FTM, Yokota RTC, Castro APB, Andrade SSCA, Nascimento GL, Moura NFO, et al. Prevalência de sintomáticos respiratórios em regiões do Distrito Federal, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2011. .
 26. Aguirre S, Cuellar CM, Herrero MB, Cortesi GC, de Romero NG, Alvarez M, et al. Prevalence of tuberculosis respiratory symptoms and associated factors in the indigenous populations of Paraguay.: *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2017;112(7):474–84.; 2012.
 27. Moreira CMM ZELTME. Sintomáticos respiratórios nas unidades de atenção primária no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil: *Cad Saude Publica.* 2010;26(8):1619–26.
 28. Collazos C, Carrasquilla G, Ibáñez M, López LE. Prevalencia de sintomáticos respiratorios en instituciones prestadoras de servicios de salud de Bogotá.: 30(4): 519-29. [Links]; 2010.
 29. Mrigpuri P. Tobacco use, tuberculosis and Covid-19: A lethal triad. : *Indian journal of tuberculosis* 68 S86 eS88. ; 2021.
 30. MN. B. Risk of Tuberculosis From Exposure to Tobacco Smoke. *Arch Intern Med.*; 167(4):335.; 2007.
 31. Lin HH, Ezzati M, Murray M. Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: A systematic review and meta-analysis.: *PLoS Med.* 2007;4(1):0173–89; 2007.

32. Sargent JD. Tobacco Use and Respiratory Symptoms Among Adults:. 2416071618th ed. Oxford: Nicotine and Tobacco Research; 2022.

(13) (13) (1)

1 ANEXO A - Termo de Anuência

Equipe Capacitação

----- Mensagem encaminhada -----

De: Educação SMS <>

Data: 16 de abril de 2015 16:32

Assunto: Re: Pesquisa

Para: Tatiana Galvao <tatianagalv@gmail.com>

Prezada Tatiana,

Informamos que o ofício circular de autorização nº 042/2015, foi enviado em 16-04-2015 a todos os Distritos Sanitários com a relação das unidades onde serão realizada a pesquisa.

Equipe Capacitação

Em 15 de abril de 2015 13:37, Tatiana Galvao <tatianagalv@gmail.com> escreveu:

À Equipe de Capacitação do Município

Gostaria de agradecer a presteza do meu pleito

Segue o ajuste do TCLE e as unidades onde ocorrerá a coleta dos dados.

Atenciosamente

Tatiana Galvão

| Nome da US | Numero de clausters | Número de pacientes |
|--------------------------|---------------------|---------------------|
| UBS PROF EDUARDO ARAUJO | 1 | 27 |
| UBS RAMIRO DE AZEVEDO | 1 | 27 |
| UBS PROF MARIO ANDREA | 1 | 27 |
| UBS PROF SABINO SILVA | 1 | 27 |
| UBS SETE DE ABRIL | 1 | 27 |
| UBS MINISTRO ALKIMIN | 1 | 27 |
| UBS PIRES DA VEIGA | 1 | 27 |
| UBS MACIEL PELOURINHO | 1 | 27 |
| UBS SANTO ANTONIO | 1 | 27 |
| UBS PROF BEZERRA LOPES | 1 | 27 |
| USF CAJAZEIRAS X | 1 | 27 |
| UBS DR ORLANDO IMBASSAHY | 1 | 27 |
| UBS PROF JOSE MARIANE | 1 | 27 |
| USF DO GARCIA | 1 | 27 |

| | | |
|-------------------------------|---|----|
| UBS EUNISIO COELHO TEIXEIRA | 1 | 27 |
| UBS ARENOSO | 1 | 27 |
| UBS MARECHAL RONDON | 1 | 27 |
| USF SANTA LUZIA | 1 | 27 |
| USF FIAIS | 1 | 27 |
| USF JOANES CENTR OESTE HAMESA | 1 | 27 |
| UBS DE ENGOMADEIRA | 1 | 27 |
| USF JOANES LESTE | 1 | 27 |
| UBS FREI BEJAMIM VALERIA | 1 | 27 |
| UBS BARBALHO | 1 | 27 |
| USF DE ITACARANHA | 1 | 27 |
| USF DO CANDEAL | 1 | 27 |
| USF DA FEDERACAO | 1 | 27 |
| UBS CANABRAVA | 1 | 27 |
| USF SAN MARTIN | 1 | 27 |

Secretaria Municipal da Saúde de Salvador

Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde

Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal

*Rua da Grécia, 03 Edf. Caramuru, sala 504 - Comércio

Salvador - BA

*40010-010 *

Tel.: 3202-1078/1087

2 ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa**



Rio de Janeiro, 13 de outubro de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 183/10
CAAE: 0195.0.031.000.10**

Título do Projeto: “Sintomáticos respiratórios na população, em unidades básicas de saúde e em hospitais de diferentes regiões do País”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: José Ueleres Braga

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca –ENSP/ Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 26 / 08 / 2010

Data de apreciação: 01 / 09 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado. (Cabe ao pesquisador apresentar ao CEP/ENSP a anuência das instituições envolvidas na pesquisa)

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

3 ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (paciente ou responsável legal)

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Estudo dos Sintomáticos Respiratórios na População”, em unidades básicas de saúde de Salvador - Bahia. O objetivo desta pesquisa é conhecer o número e examinar os sintomáticos respiratórios (SR), definido como todo paciente com tosse com catarro há 3 semanas ou mais de duração.

Você está convidado a participar de uma entrevista que buscará saber se você tem tosse e outros sintomas respiratórios e também sobre o motivo da procura da unidade de saúde. Isso levará mais ou menos 20 minutos.

Caso você tenha sintomas respiratórios, além de responder às perguntas do questionário deverá coletar exames de escarro na unidade de saúde indicada. Este material será utilizado para realização de baciloscopias e cultura para pesquisa do bacilo da tuberculose. Isso poderá demorar cerca de 15 minutos. Como se faz de rotina, caso os exames de laboratório sejam positivos, você deverá fazer exame de sorologia para o HIV.

Participando da pesquisa, será necessário autorizar visitas domiciliares, caso você falte às consultas de acompanhamento.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará na interrupção de seu atendimento, que está assegurado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos profissionais que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

O benefício esperado com este estudo é que você fará uma investigação diagnóstica que permitirá fazer da melhor maneira possível o diagnóstico de tuberculose. Para a população brasileira, o benefício será o conhecimento do percentual de SR e de casos de tuberculose pulmonar.

Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade do paciente.

Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que qualquer problema decorrente do estudo será tratado na própria Unidade de Saúde.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome.

A responsável pela pesquisa, Dra. Tatiana Galvão, poderá ser contatada através do telefone 71-9116-8777 para retirar dúvidas e é a responsável pela condução desta pesquisa conforme consta no padrão ético e vigente no Brasil. Você também poderá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), cujo telefone é (21) 2598-2863 e funciona no endereço Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo. Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ.

Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi

menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento com o meu médico.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome do participante:

Assinatura:

Nome do entrevistador:

Assinatura:

Data: ____/____/____

4 ANEXO D - Questionário

Questionário - PREVALÊNCIA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS/ TB - 2010

INQUÉRITO POPULACIONAL

Horário do início da entrevista: |__|__|:|__|__|

Horário do final da entrevista: |__|__|:|__|__|

A entrevista foi realizada? 1 |__| sim 2 |__| não

Caso não tenha realizado a entrevista, qual foi o motivo? _____

Data da primeira revisita ao domicílio __/__/____. A entrevista foi realizada? 1 |__| sim 2 |__| não

Caso não tenha realizado a entrevista, qual foi o motivo? _____

Data da segunda revisita ao domicílio __/__/____. A entrevista foi realizada? 1 |__| sim 2 |__| não

Caso não tenha realizado a entrevista, qual foi o motivo? _____

Como o entrevistador avalia as respostas da entrevista realizada? (Nota de 1 a 10) |__|__|

Entrevistador: _____ Data: __/__/____ Número do Questionário: _____

1. Caracterização Socioeconômica e Demográfica

| ITEM | QUESTÃO | CATEGORIAS | CÓDIGOS | OBSERVAÇÃO |
|------|---|--|------------------|---|
| 1 | Nome | | | |
| 2 | Endereço SÓ ENTREVISTAR MORADOR DE SALVADOR | Logradouro: _____ Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Telefone para contato: _____ | | Definir telefone que seja fácil de localizar o paciente. Se não for telefone do paciente, anotar o nome do contato, telefone e qual é o vínculo com o paciente. |
| 3 | Data de Nascimento | ____/____/____ | | |
| 4 | Gênero | Masculino Feminino | 1 2 | |
| 5 | Raça/cor | Branca Preta Amarela Parda | 1 2 3 4 | Considerar cor que o indivíduo se autoavalia. |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|----|---|---|----|----|----|---|---|--|
| | | Indígena | 8 | | | | | | | | |
| | | Ignorado | 9 | | | | | | | | |
| 6 | Qual o seu grau de instrução? | Não frequentei a escola | 1 | Primário Completo: até 4ª série antiga e 5ª atual. Ginásio Completo: até 8ª série antiga e 9ª atual. | | | | | | | |
| | | Primário incompleto | 2 | | | | | | | | |
| | | Primário completo/Ginásio Incompleto | 3 | | | | | | | | |
| | | Ginásio completo/Segundo grau incompleto | 4 | | | | | | | | |
| | | Segundo grau completo/Superior Incompleto | 5 | | | | | | | | |
| | | Superior completo | 6 | | | | | | | | |
| | | Pós-graduação | 7 | | | | | | | | |
| | | Não respondeu | 8 | | | | | | | | |
| | | Não sabe informar | 9 | | | | | | | | |
| 7 | Estado Civil? | Solteiro | 1 | | | | | | | | |
| | | Casado | 2 | | | | | | | | |
| | | Junto/amigado | 3 | | | | | | | | |
| | | Divorciado | 4 | | | | | | | | |
| | | Desquitado/separado | 5 | | | | | | | | |
| | | Viúvo | 6 | | | | | | | | |
| | | Outras | 7 | | | | | | | | |
| | | Não respondeu | 8 | | | | | | | | |
| 8 | No momento você está (situação ocupacional): | Empregado | 1 | | | | | | | | |
| | | Desempregado | 2 | | | | | | | | |
| | | Autônomo, trabalha por conta própria | 3 | | | | | | | | |
| | | Empregador | 4 | | | | | | | | |
| | | Dono de negócio familiar (não tem empregados) | 5 | | | | | | | | |
| | | Fazendo bicos | 6 | | | | | | | | |
| | | Do lar | 7 | | | | | | | | |
| | | Aposentado | 8 | | | | | | | | |
| | | Outros | 9 | | | | | | | | |
| | | Não respondeu | 10 | | | | | | | | |
| | | Não sabe informar | 11 | | | | | | | | |
| 9 | Qual o grau de instrução do chefe da sua família? | Analfabeto/Primário incompleto (até 3ª Série Fundamental) | 1 | Primário completo: até 4ª série antiga e 5ª atual Ginásio completo: até 8ª série antiga e 9ª atual | | | | | | | |
| | | Primário completo (até 4ª. Série Fundamental) | 2 | | | | | | | | |
| | | Ginásio ou fundamental completo | 3 | | | | | | | | |
| | | Colegial ou médio completo | 4 | | | | | | | | |
| | | Superior completo | 5 | | | | | | | | |
| | | Não sabe informar | 9 | | | | | | | | |
| 10 | Qual é a renda mensal da família? | Valor em reais (Somar as rendas de todos os familiares) Se for o caso perguntar o número de salários mínimos e depois converter. | | | | | | | | | |
| 11 | Você tem empregada mensalista em casa? Quantas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4+ | NR | NS | 8 | 9 | Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, coqueiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. |
| 12 | Quantos destes itens você possui em sua casa? (CIRCULE A QUANTIDADE) | | | | | | NR | NS | | | Contar mesmo que itens quebrados ou com defeito. Automóvel: Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não considerar. Banheiro: considerar com vaso sanitário, mesmo que fora do domicílio Geladeira: considerar simples ou duplex Freezer: considerar individual ou porta da geladeira duplex (ex: 1 geladeira duplex: pontua 1 na geladeira e 1 no freezer) Maq de lavar: só considerar tanquinho se dito espontaneamente Rádio: qualquer tipo, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento, desde que sintonizem as emissoras convencionais. Desconsiderar o rádio de automóvel. Dúvidas: Ver Critério Brasil 2008 |
| | Automóvel | 0 | 1 | 2 | 3 | 4+ | 8 | 9 | | | |
| | Banheiro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4+ | 8 | 9 | | | |
| | Geladeira (simples ou duplex) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4+ | 8 | 9 | | | |
| | Freezer (normal ou porta duplex) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4+ | 8 | 9 | | | |
| | Máquina de Lavar Roupa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4+ | 8 | 9 | | | |
| | Rádio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4+ | 8 | 9 | | | |
| | TV em cores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4+ | 8 | 9 | | | |
| | Videocassete/DVD | 0 | 1 | 2 | 3 | 4+ | 8 | 9 | | | |

2. Avaliação dos Hábitos de Tabagismo do Entrevistado

| ITEM | QUESTÃO | CATEGORIAS | CÓDIGOS | OBSERVAÇÃO |
|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------|------------|
| 1 | Em relação ao hábito de fumar... | Jamais Fumante | 1 | |
| | | Ex-fumante | 2 | |
| | | Fumante Atual | 3 | |
| | | Não sabe informar | 9 | |
| 2 | Se parou de fumar, há quanto tempo? | ___ semanas ___ meses ___ anos | | |

| | | | | |
|---|---|----------------|--|--|
| 3 | Se fumante (atual ou ex-fumante), carga tabágica. Quantos cigarros você fuma ou fumava por dia? | _____ cigarros | | |
| 4 | Se fumante (atual ou ex-fumante), carga tabágica. Por quantos anos você fuma ou fumou? | _____ anos | | |
| 5 | Observação sobre o uso de outra droga (por exemplo, crack) | | | |
| 6 | Se não fuma, convive com algum fumante? | | | |
| 7 | Consome bebida alcoólica? | | | |
| 8 | Se fuma, existe preferência a algum período do dia? Qual? | | | |
| 9 | Já parou de fumar por algum período? Quanto tempo? | | | |

3. Avaliação Inicial dos Sintomas Respiratórios

| ITEM | QUESTÃO | CATEGORIAS | CÓDIGOS | OBSERVAÇÃO |
|------|--|---|----------------------------|---|
| 1 | Você está tossindo? | Sim (_____ dias) Não Não sabe informar | 1 0 9 | Associar às datas comemorativas, como aniversários, carnaval, páscoa etc. |
| 2 | Você procurou (ou procuraria, caso não está tossindo) a unidade de saúde por causa da tosse? | Sim Não Não sabe informar | 1 0 9 | |
| 3 | Se sim, quantas vezes você procurou assistência médica por causa da tosse? | | | |
| 4 | Se sim, isto ocorreu por orientação de alguém? | 1. Decidiu Sozinho 2. Orientação por Familiar 3. Encaminhado de outro serviço de saúde (hospital, US, serviço privado) 4. Orientação na comunidade (varredura, campanhas educativas, reuniões do conselho local, jornais de bairro) 5. Visita Domiciliar 6. Outros | 1 2 3 4 5 6 | Só perguntar se a resposta da pergunta 2 for sim. |
| 5 | Catarro/Expectoração? | Sim Não Não sabe informar | 1 2 9 | |
| 6 | Se expectoração sim, há quantos dias? | _____ dias | | |
| 7 | Sangue no catarro/Hemoptise? | Sim Não Não sabe informar | 1 0 9 | |
| 8 | Suores à noite? | Sim Não Não sabe informar | 1 0 9 | Considerar quando molha a roupa e levar em conta temperatura do ambiente e quantidade de roupa (por exemplo, noite muito quente e paciente com muitas cobertas - não considerar). |
| 9 | Dor Torácica/dor no peito? | Sim Não Não sabe informar | 1 0 9 | Dor que piora com a respiração (inspiração profunda). Não considerar dor quando se movimenta ou quando tosse. |
| 10 | Febre? | Sim Não Não sabe informar | 1 0 9 | Considerar febre quando temperatura $\geq 37,8^\circ$ ou não aferida. |
| 11 | Falta de apetite? | Sim Não Não sabe informar | 1 0 9 | |
| 12 | Emagrecimento? | Sim Não Não sabe informar | 1 0 9 | Se sim, especificar quantos Kg perdeu. _____ Kg |
| 13 | Falta de ar (Dispneia)? | Sim Não Não sabe informar | 1 0 9 | Sensação de puxar o ar e ele não entrar. |
| 14 | Você tem falta de ar crônica ou enfisema? | Sim Não Não sabe informar | 1 0 9 | Considerar crônica, se antes dos sintomas atuais. E enfisema se teve diagnóstico médico (não precisa ter comprovação). |
| 15 | Você tem asma ou bronquite? | Sim Não | 1 0 | Considerar se teve diagnóstico médico (não precisa ter comprovação) e se tem sintoma |

| | | | | |
|----|---|--|------------------|--|
| | | Não sabe informar | 9 | atual. Não considerar quadro já curado como, por exemplo, na infância. |
| 16 | Teve (tem) algum contato com tuberculose no pulmão nos últimos dois anos? | Sim Não Não sabe informar | 1 0 9 | |
| 17 | Se sim, que tipo de contato | Domiciliar Trabalho Vizinhança Presídio/delegacia | 1 2 3 4 | |
| 18 | Você já teve tuberculose pulmonar? | | | |
| 19 | Se sim, há quanto tempo? | _____ anos | | |

4. Acompanhamento do Sintomático Respiratório

| ITEM | QUESTÃO | CATEGORIAS | CÓDIGOS | OBSERVAÇÃO |
|------|--|---|-----------------------|------------|
| 1 | Telerradiografia de Tórax (PA e perfil) - Laudo: | Normal Tuberculose Ativa Tuberculose Inativa/Sequela Outra(s) Doença(s) Não Realizada | 1 2 3 4 9 | |
| 2 | Amostra (1ª amostra) | Escarro Espontâneo Escarro Induzido Lavado Broncoalveolar Saliva Não Realizado/Ignorado | 1 2 3 4 9 | |
| 3 | Baciloscopia (1ª amostra) | Positivo Negativo Não Realizado/Ignorado | 1 2 9 | |
| 4 | Se baciloscopia positiva (1ª amostra), qual a intensidade? | + ++ +++ Ignorado | 1 2 3 9 | |
| 5 | Amostra (2ª amostra) | Escarro Espontâneo Escarro Induzido Lavado Broncoalveolar Saliva Não Realizado/Ignorado | 1 2 3 4 9 | |
| 6 | Baciloscopia (2ª amostra) | Positivo Negativo Não Realizado/Ignorado | 1 2 9 | |
| 7 | Se baciloscopia positiva (2ª amostra), qual a intensidade? | + ++ +++ Ignorado | 1 2 3 9 | |
| 8 | Cultura para microbactérias (1) Método: _____ | Positiva Negativa Contaminada Não Realizada | 1 2 3 9 | |

5. Encerramento

| ITEM | QUESTÃO | CATEGORIAS | CÓDIGOS | VARIÁVEL |
|------|---|--|----------------------------|------------------------------|
| 1 | Desfecho do Caso | TB Não era TB Ignorado | 1 2 9 | Após exames iniciais. |
| 2 | Se TB, sorologia do HIV/ Teste Rápido. | Realizado Não Realizado Não Sabe Informar | 1 2 9 | |
| 3 | Se realizado HIV, resultado. | Positivo Negativo | 1 2 | |
| 4 | Desfecho do caso diagnosticado como Tuberculose | Cura Abandono Transferência Óbito Mudança de Diagnóstico Ignorado | 1 2 3 4 5 9 | Após 9 meses da 1ª consulta. |

5 ANEXO E- LIBERAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE MUNICIPAL



Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Subcoordenação de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal

Salvador, 15 de março de 2015.

PARECER Nº. 011/2015

PROJETO/TÍTULO: "Projeto sintomáticos respiratórios na população, unidades básicas de saúde e hospitais de diferentes regiões do país

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Tatiana Senna Galvão Nonato Alves

INSTITUIÇÃO PROPONENTE: Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP

INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE: Secretaria Municipal da Saúde

RECOMENDAÇÕES:

- Todas as pendências foram resolvidas
- O projeto encontra-se de acordo com a resolução 466/12

PARECER: APROVADO

Salvador, 15 de março de 2015..

pl des.

Carmedite Moreira
Téc. Capacitação/CDRH/SMS.