



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG

UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – UACS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO- HUAC

**PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL, CRACK E
OUTRAS DROGAS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA
GRANDE**

IVETE MARIA DE ARAÚJO VERAS

LUIZ PEREIRA NEVES NETO

ORIENTADOR: ANDREZZA ARAÚJO DE

OLIVEIRA DUARTE

CAMPINA GRANDE

2015

**LUIZ PEREIRA NEVES NETO
IVETE MARIA DE ARAÚJO VERAS**

**PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL, CRACK E
OUTRAS DROGAS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA
GRANDE**

Projeto encaminhado para Trabalho de
Conclusão de Curso.

Orientadoras: Profa. *ANDREZZA ARAÚJO DE
OLIVEIRA DUARTE*

Banca Avaliadora: Profa. Déborah
Rose Galvão Dantas

Profa. Ijanileide Gabriel de Araújo

CAMPINA GRANDE

2015

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

V476p

Veras, Ivete Maria de Araújo.

Prevalência de Tuberculose em usuários de álcool, crack e outras drogas de uma Unidade de Saúde da Família em Campina Grande/Ivete Maria de Araújo Veras, Luiz Pereira Neves Neto. – Campina Grande, 2015.

32 f.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2015.

Orientadora: Profa. Andrezza Araújo de Oliveira Duarte, Ms.

1. Tuberculose. 2. Tuberculose - Tratamento. 3. Uso de drogas. I. Neves Neto, Luiz Pereira. II. Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616-002.5:615.32

RESUMO

Trata-se de um projeto de Pesquisa e Extensão na linha de ação Álcool, crack e outras drogas. O cenário da pesquisa é a UBSF no Bairro Ramadinha II, localizada na cidade de Campina Grande – PB. Esta escolha se deu por se tratar de uma unidade localizada próxima a uma comunidade carente e com alto índice de violência no município e conhecido local de uso e venda de entorpecentes, onde são evidenciadas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde durante o tratamento e em relação à investigação de contatos de pacientes com TB, especialmente em pacientes usuários de drogas. Também a UBSF apresentou, para os anos de 2007 a 2009 uma incidência média de TB maior que 100 casos por 100.000 habitantes segundo dados do SINAN-TB. Nossa linha de pesquisa tem por objetivo buscar e verificar a prevalência da tuberculose entre usuários de álcool, crack e outras drogas em usuários da UBSF no bairro Ramadinha II de Campina Grande e as implicações no tratamento da tuberculose (TB). Em nossa pesquisa encontramos uma prevalência de 12 % em relação aos que realizaram o teste diagnóstico e 7,89 % da amostra total (Sintomáticos Respiratórios), o que demonstra um valor percentual maior que o encontrado com a perspectiva nacional que é de 1,67% (IC95% 0,70-3,90). Porém vale ressaltar, que nossa população em termos absolutos é pequena, e não há como relacionar de forma fidedigna as prevalências encontradas nos dois estudos. Há uma escassez de dados nacionais que corroborem com o tema pesquisado. Concluímos que é necessário mais estudos de larga escala para aumentar o poder de inferência da nossa pesquisa.

Palavras-chave: Tuberculose – Tratamento – Uso de Drogas

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que nos deu capacidade, coragem e saúde para chegar até esse momento de término de curso.

A esta universidade, o corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbramos um horizonte superior, da construção da nossa carreira médica.

A nossa orientadora, Andrezza Araújo de Oliveira Duarte pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho, assim como na revisão e ajuste do mesmo.

Aos nossos Pais e Família, que nos deram apoio, e que certamente sem eles, não poderíamos ter chegado até aqui.

A vocês, nosso muito Obrigado!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
2.1. Geral	
2.2. Específicos	
3 REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.1 A tuberculose	
3.2 O álcool, crack ou outras drogas	
3.3. Política de redução de danos	
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	13
4.1 Tipo de Pesquisa.....	13
4.2 Caracterização da área de estudo.....	14
4.3 População e Amostra.....	14
4.4 Procedimento de coleta de dados.....	14
4.5 Critérios de inclusão.....	14
4.6 Critérios de exclusão.....	15
4.7 Coleta dos dados.....	15
4.8 Instrumento de coleta de dados.....	16
4.9 Aspectos Éticos.....	16
5 RESULTADOS	17
6 DISCUSSÃO	21
7 CONCLUSÃO	27
8 REFERÊNCIAS	28
9 APÊNDICES	32

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch (BK) que afeta principalmente os pulmões, mas, também pode ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins. Por implicar em prejuízos individuais e coletivos para a sociedade, sendo uma doença de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade, configura-se num grave problema de Saúde Pública exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública (BRASIL, 2011).

Na maioria dos infectados, os sinais e sintomas mais frequentemente descritos são: tosse seca contínua no início, depois com presença de secreção por mais de quatro semanas (podendo vir com pus ou sangue), cansaço excessivo, febre baixa geralmente à tarde, sudorese noturna, falta de apetite; palidez; emagrecimento acentuado; rouquidão; fraqueza; e prostração. Os casos graves apresentam dificuldade na respiração; eliminação de grande quantidade de sangue, colapso do pulmão e acúmulo de pus na pleura, caso envolva a pleura pode ocorrer dor torácica (BRASIL, 2002).

Na esfera do indivíduo, fatores como idade, estado imunológico e nutricional e doenças intercorrentes, como a infecção pelo HIV, contribuem para a infecção pelo bacilo da TB (BRASIL, 2002 b). Fatores externos, como a resistência do bacilo da tuberculose aos quimioterápicos, que se relaciona à qualidade do atendimento ao paciente e a co-infecção TB-HIV desempenham também papel importante na transmissão do bacilo. A evolução do processo de infecção e adoecimento em tuberculose compreende os seguintes conceitos: primoinfecção (foco pulmonar primário), tuberculose primária (evolui do foco primário até cinco anos após) e tuberculose pós-primária (tuberculose de reativação endógena ou exógena por bacilos mais virulentos) (CAMPOS, 2006).

O Brasil vem reduzindo de forma lenta, mas firme, a incidência da tuberculose, caindo de 51,4 casos/100.000 habitantes em 1990 para 38,2 casos/100.000 habitantes em 2007. Mas diferenciais regionais no diagnóstico e tratamento, diferenciais socioeconômicos intra-urbanos, o abandono do tratamento que gera multidrogarresistência, a alta incidência da AIDS, as dificuldades no acesso ao

tratamento, entre outros pontos, impedem um controle mais eficaz da doença (BARRETO *et al*, 2012).

No Nordeste, foram 213.986 casos novos da doença de 2000 a 2009. Na Paraíba, foram notificados 11.282 casos novos, com uma média de 1.128 casos por ano, segundo dados do SINAN/TB. A cidade de Campina Grande contribuiu com 1.298 casos nesse período. Esses números revelados são preocupantes, já que a tuberculose, quando pulmonar, é uma doença de fácil transmissão e muitos casos não são notificados nem sequer diagnosticados.

O diagnóstico de TB usuários de drogas pode ser muito pior que na população em geral. A estigmatização que recai sobre estas pessoas parece ser ainda maior, visto que se acumulam os estigmas: uso de drogas e tuberculose.

O uso de drogas é associado na literatura a um incremento nas taxas de morbidade e infecção pela tuberculose (PILLER, 2012; SELIG *et al*, 2004; FERREIRA-FILHO, 1999). A OMS recomenda que em todo serviço onde haja tratamento de usuários de drogas, haja também protocolo de detecção de infecção por TB e por HIV, assegurando, desta forma, aos usuários, o acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento preferencialmente ao nível da atenção primária.

Nosso cenário é a Unidade Básica de Saúde do Bairro Ramadinha II, localizada na cidade de Campina Grande – PB. Esta escolha se deu por se tratar de uma unidade localizada em uma comunidade carente e com alto índice de violência no município e conhecido local de uso e venda de entorpecentes, onde são evidenciadas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde durante o tratamento e em relação à investigação de contatos de pacientes com TB, especialmente em pacientes usuários de drogas. Também a UBSF apresentou, para os anos de 2007 a 2011 uma incidência média de TB maior que 100 casos por 100.000 habitantes, considerada crítica segundo os parâmetros do MS (RIBEIRO, 2012).

Diante dos problemas apresentados, buscamos mecanismos de apoio e capacitação da equipe da unidade para definirmos as formas de abordagem sobre tuberculose e o uso de drogas e possíveis intervenções que podemos realizar junto à comunidade dentro da governança da unidade de saúde da família.

Por fim, nos baseamos na alta prevalência de tuberculose na área da UBSF juntamente com o alto índice de violência e o elevado uso de drogas lícitas e ilícitas para buscarmos soluções e intervenções junto à comunidade e a equipe de saúde que minimizem os efeitos e agravos da tuberculose.

2 OBJETIVOS

2.1 Primário

Verificar a infecção por tuberculose (TB) entre usuários de álcool, crack e outras drogas adscritos na UBSF do bairro Ramadinha II de Campina Grande e as implicações do abuso de drogas no tratamento da TB.

2.2 Secundários

1. Buscar entre usuários de álcool, crack e outras drogas, sintomáticos respiratórios residentes na área de abrangência da UBSF;
2. Realizar teste de escarro (BAAR) para todos os usuários de álcool, crack e outras drogas suspeitos de tuberculose na área;
3. Identificar os usuários BAAR positivos e encaminhá-los para tratamento de TB;
4. Solicitar PPD para os contactantes dos pacientes com baciloscopia positiva.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) é um grande problema de saúde pública no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos 22 países responsáveis por 80% dos casos mundiais de tuberculose, o Brasil se encontra na 15ª posição.

Segundo Orozco et al (1998, p. 169 -172) ,muitos obstáculos dificultam o controle desta doença e o maior deles diz respeito à adesão dos pacientes doentes à terapêutica. Entre os fatores que acarretam a não adesão ao tratamento, constatou-se que a falta de informação sobre a doença é um dos fatores mais importantes. Nesse sentido, aponta-se como consequência para não continuidade do tratamento a falta de conhecimento dos pacientes sobre a enfermidade tuberculose. Visualiza-se, também, que as atividades educativas, direcionadas aos membros familiares, são relevantes para o processo de reabilitação do doente, uma vez que a família constitui-se fonte de suporte para o tratamento da doença, de forma a possibilitar adesão. Para isso, torna-se indispensável a informação sobre a doença aos familiares.

3.2O ÁLCOOL, CRACK OU OUTRAS DROGAS

O consumo abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas é prevalente em todo o mundo e está entre os 20 maiores fatores de risco para problemas de saúde identificados pela Organização Mundial de Saúde. Segundo relatório das Nações Unidas, quando somados os valores para uso de cannabis, estimulantes (anfetaminas ou êxtases), cocaína, opiáceos e heroína, a prevalência anual ultrapassa 200 milhões de pessoas, sendo que, aproximadamente 4,9 milhões seguem tratamentos por consumo de drogas.

De acordo com a discussão feita por Sanchez e Nappo (2002, vol.36) .A identificação de uma seqüência de uso de drogas, da adolescência até a fase adulta, tem sido a preocupação de muitos pesquisadores. Os achados mostram que outros fatores, além da decisão própria do adolescente, estão envolvidos no estabelecimento dessa progressão de drogas.

Grande parte desses estudos aponta para a associação entre o uso de certas drogas, a idade do consumidor e o ambiente em que vive. Outro fato que corrobora

essa afirmação é a influência do tráfico, que, no caso do Brasil, foi determinante na imposição de certas drogas, como aconteceu com o crack em São Paulo.

Segundo Souza et al (2012, vol.21), a complexidade dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas demanda diferentes opções de tratamento. Atualmente, as principais abordagens utilizadas mesclam intervenções de caráter cognitivo-comportamentais (prevenção de recaída, entrevista motivacional, por exemplo), autoajuda e tratamento medicamentoso, com índices muito semelhantes e baixos de abstinência após o tratamento. Além disso, intervenção sistemática com as famílias e a mobilização de diferentes recursos da sociedade no intuito de identificar situações de risco e construir estratégias de enfrentamento são práticas importantes e devem estar atreladas às demais abordagens.

O consumo de álcool, crack e outras drogas contribui para transmissão e contaminação de doenças entre os usuários, por diminuir as defesas imunitárias e por expor as pessoas a diversas situações e comportamentos de risco. Dentre as doenças que podem ser disseminadas, a partir do uso da droga, destaca-se a Tuberculose (TB).

O estilo de vida arriscado dos usuários, as condições de moradia, o acúmulo de pessoas em ambientes fechados e isolados para o consumo, o compartilhamento de materiais como o cachimbo e a desnutrição causada pela droga favorecem a progressão para a doença ativa. Perante esse panorama, é relevante ampliar o olhar a essa população específica, para compreender seus comportamentos e conhecer suas opiniões, possibilitando, assim, maior intervenção em saúde no cotidiano desses usuários, além de fortalecer estratégias de prevenção e controle da TB.

3.3. POLITICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS

Representa um marco da atuação da saúde pública contemporânea, e correspondem a um conjunto de estratégias cujo objetivo é reduzir e/ou prevenir as conseqüências negativas associadas ao uso de drogas naqueles usuários que não querem ou não conseguem interromper o seu consumo de drogas, a despeito de danos na esfera pessoal, familiar e/ou social (FONSECA e BASTOS, 2005).

A proposta inicial do programa de Redução de Danos consistia na prevenção de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis, com o programa de troca de seringas. Hoje, o programa configura-se mais claramente na defesa da vida do usuário de drogas. A Redução de Danos pode ser entendida, a grosso modo, como uma alternativa às abordagens que têm como meta exclusiva a abstinência do uso de drogas.

O Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Coordenação de Saúde Mental vem elaborando diretrizes políticas de tratamento e prevenção do uso indevido de drogas. Um dos pressupostos básicos da Política Nacional Antidrogas (PNAD) é “orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda e redução de danos”, considerando os “determinantes de saúde”, entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde (SENAD, 2004).

Um desafio no país tem sido a redução dos danos causados pelo consumo de crack. O consumo de crack está estreitamente relacionado à disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e ao comércio sexual, este adotado como forma de financiar o consumo (Bastos, 2003). A tosse contínua dos usuários pesados de crack facilita a disseminação da tuberculose, frequentemente congregados em locais fechados e mal ventilados para fumar (Siqueira, Bastos & Campos, 2001). A associação tabagismo-tuberculose e alcoolismo-tuberculose também é relatada na literatura (FERREIRA, *et al*, 2005; CRARON-RUFFINO e RUFFINO-NETO, 1979; RIBEIRO *et al*, 2000).

Desta forma, se faz necessário, identificar os casos de Tuberculose bacilíferos entre usuários de álcool, crack ou outras drogas no sentido de atuar dentro da estratégia de redução de danos (preservando a vida do usuário), como na saúde pública, evitando a disseminação do bacilo da TB, pela identificação precoce e tratamento imediato do usuários infectados pelo bacilo.

4.CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1Tipo de estudo

Estudo exploratório descritivo, transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa. Os estudos do tipo exploratório têm como objetivo oferecer maior afinidade com o problema, podendo torná-lo mais explícito e facilitar na construção de hipóteses. Geralmente, essas pesquisas têm seu planejamento bastante flexível, porém podem assumir forma de pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso. Normalmente os estudos exploratórios envolvem estratégias como: levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que “estimulem a compreensão” (GIL, 2011).

O mesmo autor comenta que os estudos do tipo descritivo têm como principal objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Sua característica mais significativa é a utilização de técnicas padronizadas para a coleta de dados como: questionário e a observação sistemática. As pesquisas descritivas propõem estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de tal comunidade, as condições de habitação de seus habitantes bem como o índice de criminalidade que se registra. Portanto, estudo do tipo descritivo está incluso neste grupo devido às pesquisas apresentarem objetivos de levantar as opiniões bem como atitudes e crenças de uma determinada população.

Minayo (2001) afirma que a abordagem quantitativa é definida por uma população e busca um critério numérico que possibilite a gerar e generalizar conceitos teóricos que se pretende testar. Ela transforma em números, opiniões e informações, por meio de recursos e técnicas estatísticas para classificá-las e analisá-las, associado ao estudo descritivo.

A abordagem qualitativa é aquela em que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou seja, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito na qual não pode ser traduzido em números, não requer a utilização de métodos e técnicas estatísticas. Caracteriza pela interpretação dos fenômenos em pesquisa, e o instrumento-chave é o pesquisador que em ambiente natural irá realizar sua pesquisa para o levantamento da coleta de dados (SILVA; MENEZES, 2001).

4.2. Caracterização da área do estudo

A UBSF Hindemburgo Nunes de Figueiredo fica situada no bairro Ramadinha II, zona leste da cidade de Campina Grande - PB. É um bairro periférico, onde as famílias em sua maioria são de baixa renda. O bairro carece também de equipamentos sociais, contando apenas com uma escola municipal, um grupo de melhor idade e uma igreja. Atualmente a população do bairro é de 5984 pessoas habitantes, sendo 3.082 pessoas na faixa de 20 a 39 anos, de acordo com dados da UBSF.

4.3. População e amostra

A população constará de todos os usuários de álcool, crack e outras drogas identificados na área adscrita da UBSF Hindemburgo Nunes de Figueiredo (equipes I e II). Como, de acordo com o Ministério da Saúde (2011), 1% a 2% da população da atenção básica acima de 15 anos deve ser um Sintomático Respiratório (SR), estimamos encontrar 59,84 casos de SR.

4.4. Procedimento de coleta de dados e instrumento de coleta

Foram feitas visitas domiciliares a usuários de álcool, crack e outras drogas. Estes foram inquiridos sobre sintomatologia característica de Tuberculose. Após a concordância com os termos da pesquisa, o entrevistado foi submetido a um questionário (Apêndice B). Ao final da entrevista foi solicitado ao entrevistado que indicasse algum usuário de álcool, crack ou outras drogas para fazer parte da pesquisa. Nas residências onde há caso confirmado de tuberculose pulmonar, e algum usuário de álcool, crack ou outras drogas, a equipe de pesquisa verificará se foi realizado exame dos contactantes, caso não tenha sido feito, será orientado a fazê-lo.

4.5. Critérios de inclusão

Todos os indivíduos usuários de álcool, crack e outras drogas com sintomatologia respiratória da área de abrangência da UBSF presentes no domicílio no momento da visita ou após duas visitas subsequentes que se apresentem

conscientes e orientados no tempo e espaço, que sejam maiores de 18 anos e que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Definimos como sintomatologia mínima necessária, a presença de Tosse há mais de 03 semanas.

4.6. Critérios de exclusão

Serão excluídos os indivíduos que se recusarem a participar da pesquisa, bem como os menores de idade, cujos responsáveis se recusarem a autorizar a participação na pesquisa, ou àqueles que não se apresentem conscientes e orientados no tempo e espaço.

4.7. Instrumento de Coleta dos dados e procedimentos

A coleta de dados foi realizada por dois alunos do curso de medicina da Universidade Federal de Campina Grande, juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde da área em questão. Foi feito treinamento prévio com os entrevistadores de campo para uniformização de condutas. Todos estiveram durante todo o período de coleta de dados, sob a supervisão da enfermeira responsável pela UBSF, Larissa Ribeiro.

Os entrevistadores compareciam as residências munidos do instrumento de coleta (Apêndice B) e convidando os sujeitos a participar do estudo respondendo a algumas perguntas, sob a forma de uma entrevista. As respostas foram anotadas em impresso próprio.

A coleta de dados se constituiu nos seguintes passos:

1ª etapa: Busca ativa de pacientes usuários de álcool, crack e outras drogas sintomáticos respiratórios de risco, onde foi passado os objetivos da pesquisa, a importância de sua participação, e a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o qual foi assinado pelos pesquisadores responsáveis, pelos alunos participantes (dois acadêmicos) e pelo participante da pesquisa. Foi esclarecida a finalidade do estudo, garantia do anonimato e procedimento para coleta, ficando os pesquisadores à disposição do entrevistado para quaisquer dúvidas sobre a pesquisa.

2ª etapa: para todos os pacientes encontrados como sintomáticos de TB, foi solicitado teste de baciloscopia (BAAR) do escarro. Em caso de baciloscopia positiva foi

solicitado PPD para os participantes e contactantes, conforme recomendado pelo protocolo do Ministério da Saúde.

3ª etapa: os pacientes BAAR positivo ou PPD reator forte usuários de álcool, crack e outras drogas foram acompanhados após início do tratamento (extensão).

4.8. Análise dos dados

Os dados referentes aos pacientes encontrados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão foram tabulados em planilhas do Excel e submetidos à análise estatística. Os dados referentes aos discursos dos pacientes e do diário de campo foram analisados conforme discurso do sujeito coletivo.

4.9 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisadora responsável no desenvolvimento deste estudo observará as recomendações éticas no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos referenciadas nas Normas Regulamentadoras para Pesquisa Envolvendo seres Humanos contempladas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O projeto foi enviado ao comitê de ética do HUAC, obtendo aprovação. Com número de protocolo: 475 103, em anexo no apêndice C.

Riscos: Esta pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes. Eles estão relacionados à exposição do participante durante a aplicação do questionário e ao constrangimento que o mesmo possa trazer por relatar o uso de drogas ou sintomas de TB.

Benefícios: identificação e tratamento de pacientes bacilíferos, contribuindo individual e coletivamente na interrupção da transmissão da TB.

5. RESULTADOS

Nossa pesquisa foi realizada durante o período de Julho de 2014 a Julho de 2015.

Encontramos nesse período 43 usuários de Álcool, Crack e outras Drogas que fossem sintomáticos respiratórios de risco. Todavia só preencheram os critérios de inclusão, 38 pacientes. 02 foram excluídos pela idade e 03 não se mostraram interessados em participar da pesquisa. Destes selecionados, obtivemos 15 mulheres (39,47%) e 23 homens (60,52%).

A idade variou de 20 até 71 anos, com uma média de 44,10 anos. Todos os indivíduos residiam em Campina Grande.

Quanto a raça, tivemos: 11 Brancos (28,9%), 8 Negros(21,1%) e 19 Pardos (50%).

Quanto ao estado civil, encontramos: 21 indivíduos casados (55,2%), 12 solteiros (31,5%), 02 divorciados (5,2%), 02 Viúvos (5,2%) e 01 (2,63%) em união estável.

Quanto ao Grau de Escolaridade, encontramos: 05 Indivíduos analfabetos (13,1%), 03 Alfabetizados (7,89%), 04 com Ensino fundamental completo (10,5%), 07 com Ensino fundamental Incompleto (18,4%), 07 com Ensino Médio Completo (18,4%), 08 com Ensino Médio Incompleto (21,05%), 02 com Ensino Superior Completo (5,26%), 01 com Ensino Superior Incompleto (2,63%) e 01 com Ensino Técnico(2,63%).

Quanto a questão de trabalho formal ou informal, 15 pessoas não trabalhavam (39,47%) e 23 possuíam trabalho (60,52%).

Quanto a renda: 07 pessoas não possuíam renda (18,4%), 05 aposentados que recebem 01 salário (13,15%), 10 que ganham 01 salário (26,31%), 03 que ganham 01 salário e meio (7,89%), 11 que ganham 02 salários (28,9%) e 2 que ganham 3 ou mais salários (5,2%).

Quanto a moradia, 37 moravam em casa (97,3%) e 01 era morador de rua (2,63%).

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas: 27 ingerem bebida alcoólica de forma regular (71,05%), 04 não bebem (10,5%) e 07 já fizeram uso de bebidas, porém não usam mais (18,4%).

Dos que fazem uso de bebida alcoólica: 25,9% consomem diariamente, 48,1% de 1 a 2 vezes por semana e 25,9% de 3 a 4 vezes por semana.

Quanto ao uso do cigarro: 16 fumam de forma regular (42,1%), 10 nunca fumaram (26,31%), 12 (31,57%) já fumaram, porém não fumam mais. Dos que fumam 35,7 % apresentam carga tabágica acima de 20 maços-ano, 14,2% entre 10 e 20 maços-ano e 50% abaixo de 10 maços ano.

Quanto ao uso de Crack: 01 indivíduo se declarou usuário de Crack (2,63%), fazendo uso do mesmo de 2x por semana.

Quanto ao uso de outras drogas ilícitas: 03 indivíduos se declararam usuários de Maconha (7,89%). 01 desses faz uso esporádico, enquanto os outros 02 consomem a droga semanalmente de 02 a 03 vezes.

Quanto ao uso de Psicotrópicos: 03 indivíduos fazem uso crônico de Psicotrópicos (7,89%), 03 usam o Fenobarbital diariamente, 01 usa Diazepam® diariamente e outro usa Clonazepam diariamente.

Dos indivíduos Selecionados, solicitamos o teste do escarro (baciloscopia) para todos. Porém dos 38, apenas 25 (65,7%) tiveram a iniciativa de buscar o posto de saúde para realizar o mesmo. Dos 25 que se propuseram a realizar o teste, obtivemos baciloscopia positiva em 03 pessoas (12 % dos que realizaram e 7,89 % da amostra total).

Estes três indivíduos foram acompanhados durante todo o processo, desde o momento do diagnóstico até a instituição do tratamento para Tuberculose e a conclusão do mesmo.

Perfil Epidemiológico de Sintomáticos Respiratórios usuários de Álcool, Crack e outras Drogas.

Características	N Absoluto	Porcentagem (%)
Sexo:		
Masculino	23	60.52
Feminino	15	39.47
Idade:		
18-30	09	23,68
30-45	14	36,84

45-60	10	26,31
>60	5	13,15
Raça:		
Branca	11	28,9
Parda	19	50
Negra	8	21,1
Amarela	0	0
Estado Civil:		
Solteiro	12	34,21
Casado	21	55,26
Divorciado	02	5,26
União Estável	01	2,63
Viúvo	02	5,26
Escolaridade:		
Analfabeto	05	13,1
Alfabetizado	03	7,89
Ensino Fundamental Incompleto	07	18,4
Ensino Fundamental Completo	04	10,5
Ensino Médio Incompleto	08	21,05
Ensino Médio Completo	07	18,4
Ensino Superior Incompleto	01	2,63
Ensino Superior Completo	02	5,26
Ensino Técnico	01	2,63
Trabalho Formal	15	39,47
Trabalho Informal	08	21,05
Aposentadoria	05	13,1
Desempregado	10	26,31
Renda:		
Não possui	07	18,4
Menor ou Igual a 1 Salário	15	39,47

Entre 1 e 2 Salários	05	13,1
Maior que 2 Salários	11	28,9
Tipo de Residência		
Casa	37	97,36
Apartamento	0	0
Morador de Rua	1	2,63
Outro	0	0
TOTAL:	38	100%

6. DISCUSSÃO

Realizamos uma busca ativa de artigos nacionais e internacionais, que nos mostrassem relações sobre o consumo de álcool, crack e outras drogas e a sua relação com a tuberculose, para então compararmos com os dados que obtivemos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 10% das populações, que habitam grandes centros urbanos no mundo, consomem substâncias psicoativas independente de sexo, idade, nível de escolaridade ou posição social. Esse dado é equivalente nos grandes centros urbanos do Brasil (Ministério da Saúde, 2003).

Seria estimado encontrar, portanto, com esses dados cerca de 600 pessoas que usam habitualmente álcool, crack e outras drogas, partindo do conhecido que a população do bairro de nossa pesquisa é de 5984 habitantes, de acordo com os dados obtidos pelo cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde.

Outra informação obtida através do Ministério da Saúde, nos mostra que cerca de 1 a 2% da população são sintomáticos respiratórios, o que nos daria cerca de 60 pessoas em nossa amostra populacional. O que buscávamos era analisar a intercessão entre esses dois grupos, com a busca ativa da Tuberculose e a partir de então analisar e comparar com o que está na literatura, verificando, portanto se nossa taxa de prevalência seria compatível com a encontrada por outros autores.

O maior estudo nacional que encontramos, fora realizado e publicado pela Fundação Oswaldo Cruz em 2013 em associação com o Ministério da Saúde. Foram realizadas entrevistas diretas com usuários de drogas em uma amostra representativa dos usuários presentes em três estratos:

- 26 capitais + Distrito Federal
- Municípios estratégicos selecionados de 9 Regiões Metropolitanas
- Cidades de médio e pequeno porte selecionadas de forma estratégica;

A partir de um mapeamento inicial das regiões em questão. Foram entrevistados cerca de 7 mil usuários de crack/similares, o que permitiu sumarizar dados nacionais com elevado grau de precisão sobre as características desta população.

Os métodos dessa pesquisa foram: Recrutamento dos usuários de crack/similares - com 18 anos ou mais, que tenham feito uso de drogas em pelo menos 25 DIAS, nos últimos 06 meses com realização de entrevistas quantitativas e realização de testagem para HIV, Hepatite C e Tuberculose. Essa pesquisa forneceu importantes dados epidemiológicos acerca desses usuários.

A pesquisa revelou que, no Brasil, os usuários de crack e/ou similares são, majoritariamente, adultos jovens, com idade média de 30,28 anos (erro-padrão de 0,33). Cerca de 1/3 dos usuários de crack e/ou similares do Brasil está concentrado na faixa etária de 18 a 24 anos. No Brasil, os usuários de crack e/ou similares nas regiões estudadas são predominantemente do sexo masculino – 78,68% (Intervalo de Confiança de 95% (IC95%): 75,73-81,35). Inquéritos domiciliares anteriores mostraram que, em relação aos usuários de cocaína/crack (analisados em conjunto nesses estudos), essa proporção era de, aproximadamente, 60% homem e 40% mulher (Carlini et al., 2007).

Em nossa pesquisa, encontramos proporção por sexo semelhante, com predomínio do sexo masculino em taxas muito parecidas (60,52 de Homens e 39,47 de mulheres). Nossa idade média deu um pouco acima da encontrada pela Instituição Oswaldo Cruz, sendo de 44,10 anos. E nossa proporção de usuários jovens, fora ligeiramente menor, sendo os usuários com faixa etária entre 18-30 anos, 23,68%.

Há um predomínio importante de usuários “não brancos” nas cenas de uso. Apenas 20% dos usuários de crack e/ou similares no Brasil eram de cor branca. Na população geral, segundo o Censo 2010 (IBGE), os “não-brancos” correspondiam a aproximadamente 52% da população brasileira, o que sublinha a sobre representação de pretos e pardos (utilizando as categorias do IBGE) em contextos de vulnerabilidade social, como observado nas cenas de uso de drogas.

Nossa pesquisa encontrou 28,9% de usuários da raça branca, número um pouco mais elevado que o encontrado pelo Ministério da Saúde. Mas vale ressaltar

que a mesma prevalência de raças não brancas fora encontrada por nós, sendo 50% Pardos e 21.1% de Negros, com nenhum representante da raça amarela.

A maioria dos usuários de crack e/ou similares do Brasil declarou ser solteira – 60,64% (IC95%: 57,83-63,39). Em nossa pesquisa encontramos dados um pouco diferentes, sendo 34,21% de solteiros, e a grande maioria casada (55,26%).

A proporção de usuários no Brasil que cursaram/concluíram o Ensino Médio (16,49 [IC95%: 14,26-19,00]) se mostrou baixa, além da baixíssima proporção de usuários com Ensino Superior (2,35% [IC95%: 1,62-3,39]).

Esse predomínio de baixa escolaridade também fora encontrado em nossa pesquisa, com 2,63% com Ensino Superior Incompleto e 5,26% com Ensino Superior Completo, sendo a grande maioria com Ensino fundamental e Médio Incompletos.

Não se pode afirmar de maneira simplista que os usuários de crack e/ou similares são uma população de rua, mas é expressiva a proporção de usuários que se encontram nesta situação – aproximadamente 40% (IC95%: 34,18-44,14) dos usuários no Brasil se encontravam em situação de rua no momento da pesquisa. Isso não quer dizer que esse contingente expressivo, necessariamente, morava nas ruas, mas que nelas passava a maior parte do seu tempo nesse local.

Nossa pesquisa encontrou 2,63% de moradores de rua, sendo a grande maioria residente em casas. Porém notamos a questão do ambiente de consumo das drogas que foram em sua grande soma a própria rua. E sendo esse ambiente o mais frequentado pelos nossos entrevistados.

A forma mais comum de obtenção de dinheiro relatada pelos usuários de crack e/ou similares no Brasil compreende trabalho esporádico ou autônomo, correspondendo a cerca de 70% (IC95%: 61,67-67,99). Não possuindo estes uma renda fixa. Os outros 30% se encontram em situação de grande maioria com baixa renda.

Nossa pesquisa também encontrou grande prevalência de baixa renda entre os usuários, apenas 28.9% dos entrevistados, ganhavam mais do que 2 salários. Quanto a taxa de emprego informal encontramos 21,05% e a de desemprego em 26,31%. O que seria algo menor do que o encontrado a nível nacional em relação a este grupo, porém ainda com valores expressivos.

A prevalência de tuberculose evidenciada entre usuários de crack e/ou outras drogas no inquérito foi de 1,67% (IC95% 0,70-3,90).

Em nossa pesquisa encontramos uma prevalência de 12 % em relação aos que realizaram o teste diagnóstico e 7,89 % da amostra total (Sintomáticos Respiratórios), o que demonstra um valor percentual maior que o encontrado com a perspectiva nacional. Porém vale ressaltar, que nossa população em termos absolutos é pequena, e não há como relacionar de forma fidedigna as prevalências encontradas nos dois estudos.

Cabe observar inicialmente que os resultados dos estudos analisados no que diz respeito à tuberculose se mostraram bastante aquém do esperado e que, portanto, devem ser vistos com cautela. De forma bastante sucinta, é possível concluir que as imensas dificuldades operacionais encontradas em todo o país e a evidente limitação dos achados falam a favor de uma redefinição ampla dos protocolos de testagem para a tuberculose junto a populações não apenas estigmatizadas e que vivem parte do seu tempo nas ruas (para as quais existem protocolos nacionais e internacionais relativamente efetivos), mas também de extrema mobilidade, como os usuários inseridos nas cenas de uso de crack e outras drogas. Diferentemente da Prevalência de outras doenças como o HIV e a Hepatite C, que são baseadas em testes rápidos e de fácil realização, a Tuberculose possui teste diagnóstico mais complexo, o que atrapalha o processo de identificação da doença.

A testagem para TB se mostra particularmente desafiadora e insuficiente nos grandes centros urbanos, onde a interação e o acesso dos usuários de álcool, Crack e outras drogas com os serviços de saúde se mostrou bastante aquém do ideal, em consequência de imensas dificuldades na articulação com os serviços de referência com relação a uma população sabidamente estigmatizada e extremamente móvel. Portanto, ainda que, num futuro próximo, venhamos a nos valer exclusivamente de testes rápidos para a TB (que hoje não integram os protocolos padrão adotados no Brasil para a testagem e diagnóstico), será necessário treinar e capacitar equipes para lidar com essas populações e melhorar substancialmente a referência e contrarreferência para serviços especializados.

Segundo o Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil (Brasil, 2011), para detecção de casos por baciloscopia do escarro, deve-se realizar coleta de 2 amostras de escarro, uma no momento da identificação da suspeita e outra no dia seguinte, e este esquema permitiria detectar de 60% a 80% dos casos de tuberculose pulmonar. No nosso estudo, considerando tratar-se de uma população alvo de difícil acesso e extrema mobilidade, definiu-se, operacionalmente, que

encaminharíamos o paciente para o serviço especializado na coleta (Serviço Municipal de Tuberculose e Francisco Pinto) e então seriam coletadas apenas 2 amostras de escarro no momento da consulta, o que provavelmente subestimou a detecção de casos bacilíferos, pois não possuíamos os meios e materiais adequados para a testagem na UBSF da Ramadinha. Ainda assim, a despeito do abreviamento do protocolo clássico, os problemas de deslocamento dos usuários em determinados dias e horários, a necessidade de preencher fichas cadastrais específicas, os eventuais tempo de espera, o agendamento da devolução dos resultados para os pacientes, entre outros aspectos, definiram barreiras substanciais a uma testagem ótima.

Analizamos também outros estudos menores que correlacionaram o consumo de drogas lícitas e ilícitas com a Tuberculose. Todos os estudos encontrados referem algum tipo de relação clínica da TB com o consumo de *crack* e outras drogas seja diretamente ao mencionar fatores fisiológicos de relação ou indiretamente ao atribuir relação clínica em decorrência de comportamentos que estimulam outros fatores diretos de associação.

Para Bothamley, em estudo realizado nos Estados Unidos em relação aos diagnósticos da TB em usuários de *crack*, percebe-se que o risco relativo de baciloscopia positiva é 2,4 vezes maior em usuários de *crack* em comparação com não usuários de drogas; quando comparado com usuários de outras drogas o risco relativo para usuários de *crack* também foi maior (1,6 vezes).

Outro estudo realizado por Taubes, revelou um risco aumentado para a TB entre usuários de *crack* ao apresentar um risco relativo de 3,53 vezes para PPD positivo quando comparado com não usuários de *crack*.

Em estudo realizado em Porto rico por Reyes et al com 716 usuários de drogas injetáveis (UDI) e/ou de *crack* foi identificado que 10,3% foram reagentes ao teste cutâneo de PPD.

Em diversos países, como a Inglaterra e os Estados Unidos da América, os usuários geralmente são homens adultos jovens e com complicados fatores sociais, como pobreza e baixa escolaridade. Quanto ao tipo de droga aparecem o *crack*, a heroína e o ópio, e ainda o uso associado das mesmas. Esses achados são semelhantes a estudos brasileiros que indicam que os usuários de *crack*, em sua maioria, são jovens, de baixa renda e do sexo masculino. Esses dados conectam os usuários de drogas à realidade da TB, doença que acomete populações

principalmente de classes econômicas baixas, considerando que essa doença ainda se apresenta como grave problema social e de saúde.

Em estudo nos EUA, em 1998, por Mallote C. et al investigou-se o retorno para leitura do PPD de 1.004 usuários de drogas divididos aleatoriamente em três grupos com diferentes incentivos financeiros, verificando que 90% das pessoas que receberam US\$10 retornaram para leitura do teste de pele, em comparação com 85% dos que receberam US\$5 e 33% daqueles que não receberam nenhum incentivo monetário; demonstrando que o incentivo monetário nessa população pode ajudar no diagnóstico da TB. O mesmo estudo aplicou sessões de educação em saúde durante aplicação do teste de pele, embora tenha identificado que essa ação não teve impacto no retorno dos usuários para a leitura do PPD.

Esse último estudo relatado, reflete uma dificuldade encontrada por nós. Das 38 pessoas que solicitamos o teste da baciloscopia, apenas 25 retornaram a unidade. Não houve nenhum estímulo financeiro para incentivá-los a tal, mas pode-se pensar nessa estratégia, para aumentar a adesão de participantes em uma futura pesquisa.

Outra questão que requer um olhar atento é a identificação dos contatos do doente de TB, ainda mais quando se trata de um usuário de droga que, frequentemente, percorre um trajeto extenso para busca ou para o consumo da droga. Diante disso, um estudo feito por Asghar verificou o risco relativo de TB entre os contatos nomeados pelo usuário e os contatos observados pela equipe de saúde, verificando que, em comparação com os contatos nomeados, os contatos observados tiveram 8 vezes mais chances de ter resultados positivos no teste cutâneo (RR=7,8; IC 95% = 3,8-16,1). Com isso, os autores consideraram que buscar e testar os contatos observados pode fornecer rendimento mais elevado do que o nomear tradicional dos contatos quando se trata de usuários de drogas ilícitas, ou indivíduos que frequentam locais caracterizados pelo uso de drogas ilícitas.

Nós solicitamos também em nosso estudo, a prova Tuberculínica dos contactantes dos indivíduos com diagnóstico da Tuberculose, porém nenhuma veio reagente. Mesmo assim, é de extrema importância a triagem desses indivíduos, devido ao maior risco dos mesmos de apresentarem uma infecção latente.

7. CONCLUSÃO

Há uma escassez de dados nacionais que corroborem com o tema pesquisado. Encontramos apenas um grande estudo que nos mostrasse uma perspectiva nacional, além de pequenas outras análises com grupamentos de risco, como em Presídios, centros de Farmaco-dependência, em pacientes imunodeprimidos de serviços de referência, entre outros.

Houve problemas não esperados, que culminaram com um N final aquém do planejado. Esses mesmos problemas, foram encontrados por outros autores, devido a inúmeros fatores, dentre eles, as características da população de usuários em questão (labilidade, não facilitação da obtenção de dados, caráter peregrino etc.), as dificuldades do diagnóstico da Tuberculose na conjuntura atual (realizados em locais específicos, muitas vezes de difícil acesso), entre outros problemas.

Apesar disso, a taxa de prevalência de tuberculose pulmonar mostrou-se maior do que os estudos previstos a nível nacional, no bairro Ramadinha II. Mostrando que é uma área que necessita de melhores estratégias de política pública para controle de uso de drogas e consequente diminuição da incidência de tuberculose.

Concluimos que é necessário mais estudo de larga escala para aumentar o poder de inferência da nossa pesquisa.

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 284 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. – 6. ed. rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 62 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 148).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino- serviço. 5. ed. – Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002. 236 p.

CAMPOS, H.S. Etiopatogenia da tuberculose e formas clínicas. Pulmão RJ 2006;15(1):1.

SOUZA F.B.A.; VILLA T.C.S.; CAVALCANTE S.C.; NETTO A.R.; LOPES L.B.; CONDE M.B. **Peculiaridades do controle de Tuberculose em um cenário de Violência Urbana de uma Comunidade Carente do Rio de Janeiro.** J. Bras. Pneumol. 2007; 33(3): 318-322 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n3/12.pdf>. Acesso em: 29 de outubro de 2012.

OLIVEIRA H.B.; FILHO D.C.M. **Recidivas em Tuberculose e seus Fatores de Risco.** Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v7n4/1925.pdf>. Acesso em: 29 de outubro de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5. ed. – Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002.

Normas para diagnóstico, tratamento e prevenção da tuberculose – São Paulo: Hospital das Clínicas FMUSP, 2006.

Piller RVB Epidemiologia da tuberculose Pulmão RJ 2012;21(1):4-9; Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil Lígia Bonacim Duailibi(1), Marcelo Ribeiro(1), Ronaldo Laranjeira(1) Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) – Depto de Psiquiatria – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) disponível em http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/perfil_usuario_coca_crack.pdf acessado em 19 de maio de 2012.

Ferreira Filho OF. Estimativa da prevalência de tuberculose infecção e doença entre usuários de cocaína, internados em alguns serviços hospitalares da Grande São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999 .

Selig, Lia, et al. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. Jornal Brasileiro de Pneumologia 30(4) - Jul/Ago de 2004

RIBEIRO, L.C.C. FIGUEIREDO, T.M.M.R de. Condições de vida e distribuição espacial da Tuberculose em Campina Grande/PB. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Universidade Estadual da Paraíba. 2012.

BARRETO, M.L.; TEIXEIRA, M.G. BASTOS, F.I.; XIMENES, R.A.A.; BARATA, R.B.; RODRIGUES, L.C. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. The Lancet (online). Serie Saúde no Brasil 3. Maio de 2011. Disponível em www.thelancet.com Acesso em 29 de outubro de 2012

Tuberculose – guia de vigilância epidemiológica/elaborado pelo Comitê Técnico – Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose. – Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

Orozco LC, Hernández R, de Usta CY, Cerra M, Camargo D. **Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso.** *Médicas UIS* 1998; 12:169-172. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=231972&indexSearch=ID> Acesso em 29 de outubro de 2012.

COSTA, S.M.; SASSI, R.A.M.; TEIXEIRA, T.P.; LEIVAS, V.A.; VAZ, M.R.C. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS). *Ciênc. saúde coletiva* vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232011000700078&lang=pt Acesso em 29 de outubro de 2012

Fonseca E, Bastos FI. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: Acselrad G. 2ª edição. *Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos.* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

SOUZA, M.S.P.L.; PEREIRA, S.M.; MARINHO, J.M.; BARRETO, M.L. **Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose.** *Rev. Saúde Pública* vol.43 no.6 São Paulo Dec. 2009 Epub Dec 18, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102009000600011&lang=pt Acesso em 29 de outubro de 2012

HINO, P.; TAKAHASHI, R.F.; BERTOLOZZI, M.R.; EGRY, E.Y. **As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão.** *Rev. esc. enferm. USP* vol.45 no.spe2 São Paulo Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800003&lang=pt Acesso em 29 de outubro de 2012.

SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. **Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes.** Rev. Saúde Pública vol.36 no.4 São Paulo Aug. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102002000400007&lang=pt Acesso em 29 de outubro de 2012.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.P.; LUIS, M.A.V.; OLIVEIRA, N.F. **Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana.** Texto contexto – enferm. Vol.21 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-7072012000400002&lang=pt Acesso em 29 de outubro de 2012.

(SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS – SENAD. Política Nacional Antidrogas. 22/02/2004 www.senad.gov.br)

FERREIRA, A. A. A.; QUEROZ, K. C. S. Q.; TORRES, K. P. T.; FERREIRA, M. A. F. F.; ACIOLLY, H; ALVES, M.S.C.F. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. Rev. bras. epidemiol. vol.8 no.2 São Paulo Jun. 2005.

CARON-RUFFINO, Márcia; RUFFINO-NETTO, Antonio. Associação entre alcoolismo e tuberculose pulmonar. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1979, vol.13, n.3, pp. 183-194.

RIBEIRO S. *et al.* .Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. *J Pneumol* 26(6) – nov-dez de 2000.

Taubes T, Galanter M, Dermatis H, Westreich L. Crack cocaine and schizophrénia as risk factors for PPD reactivity in the dually diagnosed. *J Addict Dis.* 1998;17(3):63-74.

Reyes JC, Robles RR, Colon HM, Marrero CA, Castillo X, Melendez M. Mycobacterium tuberculosis infection among crack and injection drug users in San Juan, Puerto Rico. *PR Health Sci J.* 1996 Sep;15(3):233-6.

Cruz, DV, Harter JJ, Oliveira MM, Gonzales RIC de crack e a tuberculose: uma revisão integrativa SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* Review Article 9(1):48-55 Jan.-Apr. 2013

9. APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada**: “Prevalência da Tuberculose em Usuários de Álcool, Crack ou outras Drogas e implicações no Tratamento, que tem como **objetivos**: verificar a prevalência da tuberculose entre usuários de álcool, crack e outras drogas em usuários da UBSF no bairro Ramadinha II de Campina Grande e as implicações no tratamento da tuberculose

Este é um estudo baseado em uma abordagem quantitativa e qualitativa, utilizando como método um estudo exploratório descritivo, transversal,.

A pesquisa terá duração de 3 meses, com o término previsto para setembro de 2013

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionários. Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de

aumentar o conhecimento científico para a área de saúde, em especial a da Saúde Mental.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Nome do Orientador: ANDREZZA ARAÚJO DE OLIVEIRA DUARTE

Participantes:

e-mail: luiz_nevis@hotmail.com e-mail: iveteveras@hotmail.com

Campina Grande, ____ de _____ de 2014.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(Assinatura)

APÊNDICE B

Questionário de Pesquisa

Tema: Drogas e Tuberculose

Data da pesquisa: ___/___/___

Pesquisador:

Local _____ **da** _____ **pesquisa:**

Município Residente: _____

Município Procedente: _____

Nome:

Idade: _____

Raça/Etnia: Branco Negro Pardo Amarelo Outro _____

Estado civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo União Estável

Grau de escolaridade: Analfabeto Alfabetizado Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo Ensino Técnico Outro, Especificar

Trabalho: Sim Não

Renda: _____

Tipo de Residência: Casa Apartamento Sítio Barraco Abrigo Outro
_____.

Água Encanada? Sim Não

Esgotamento? Sim Não

Número de cômodos utilizados como Dormitórios:

Quantas Pessoas dormem em cada quarto?

Crianças na Casa: _____

Homens:

Mulheres:

Idosos:

Tosse há mais de 3 semanas? Sim Não

Acompanhada de expectoração? Sim Não Tipo:

Acompanhada de Sangue? Sim Não

Tem cansaço? Sim Não Especificar (Mínimos, Médios ou Fortes Esforços)

Tem febre? Sim Não Aferida? Sim Não Graus: _____

Horário _____ **da** _____ **Febre:** _____

Calafrios? Sim Não

Falta de Apetite? Sim Não

Emagrecimento? Sim Não Especificar quantidade: _____

Dor no Peito? Sim Não

Outros _____ **Sintomas:** _____

Teve outras doenças respiratórias prévias? Sim Não

Especificar _____

Alguém da família ou pessoa próxima com Tuberculose/Sintomas Respiratórios? _____

Alguma Comorbidade/Fator de Risco? Obesidade Gestação Hipertensão

Diabetes tipo I Diabetes tipo II DPOC Problema de Tireoide Tipo _____

Problemas Cardíacos Tipo _____

HIV Doenças Psiquiátricas Tipo: _____ Outros

Especificar _____

Ingere Bebida Alcoólica: Sim Não Já bebeu, mas não ingere mais

Bebe Quantos dias por semana?

Tipo de Bebida Ingerida? Cerveja Cachaça Licor Vinho Vodka Whisky
Outros, Especificar

Doses ingeridas por dia?

Mais alguém da casa Bebe? Sim Não

Fuma? Sim Não Já fumou, mas não fuma mais

Quantos cigarros por dia?

Alguém da casa fuma? Sim Não

Especificar _____

Alguém muito próximo fuma? Sim Não Especificar

Já fez uso de alguma Droga? Maconha Cocaína Crack Heroína Inalantes
Álcool

Êxtase Anfetaminas Psicotrópicos Especificar

Outros _____

Se for Usuário, responder as perguntas abaixo.

Quando ocorreu primeiro contato com a droga?

Quando foi a última vez que usou?

Período entre os consumos

Quantidade de droga usada por dia:

Faz uso de Seringas? Sim Não

Compartilha as Seringas? Sim Não

Outra via de administração da droga

Ambiente de Consumo:

O que levou a usar essa droga? Aceitação Social Depressão Curiosidade
Influência de Amigos Término de Relacionamento Perda de Emprego Problemas
Familiares

Outro: _____

APÊNDICE C

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC

**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO**

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 19027413.1.0000.5182, Número do Parecer: 475.103 intitulado: **A TUBERCULOSE ENTRE USUÁRIOS DE ÁLCOOL, CRACK OU OUTRAS DROGAS: Prevalência e implicações no tratamento da TB.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

Campina Grande - PB, 19 de Novembro de 2015.

Januse Nogueira de Carvalho
Januse Nogueira de Carvalho
Coordenadora CEP/ HUAC

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br