



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

LEILIANE ANTONIA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE PULMONAR NA
POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MONTE NEGRO – RO
ENTRE OS ANOS 2008 – 2018**

ARIQUEMES – RO
2019

LEILIANE ANTONIA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE PULMONAR NA
POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MONTE NEGRO – RO
ENTRE OS ANOS 2008 – 2018**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Farmácia.

Prof.^a Orientadora: Dra. Taline Canto Tristão

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

SA237p	SANTOS, Leiliane.
	Prevalência de tuberculose pulmonar na população do município de Monte Negro - RO entre os anos 2008-2018. / por Leiliane Santos. Ariquemes: FAEMA, 2019.
	39 p.
	TCC (Graduação) - Bacharelado em Farmácia - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.
	Orientador (a): Profa. Dra. Taline Canto Tristão.
	1. Farmácia. 2. Tuberculose pulmonar. 3. Mycobacterium tuberculosis. 4. Prevalência de tuberculose. 5. Monte Negro-RO. I Tristão, Taline Canto. II. Título. III. FAEMA.
	CDD:615.4

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

LEILIANE ANTONIA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE PULMONAR NA
POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MONTE NEGRO – RO
ENTRE OS ANOS 2008 – 2018**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Farmácia.

Prof.^a Orientadora: Dra. Taline Canto Tristão

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a. Orientadora. Dra. Taline Canto Tristão
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.^a Ma. Vera Lúcia Matias Gomes Geron
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.^a Ma. Keila de Assis Vitorino
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 16 de setembro de 2019.

DEDICATÓRIA

“Deixem que o futuro diga a verdade e avalie cada um de acordo com o seu trabalho e realizações. O presente pertence a eles, mas o futuro pelo qual eu sempre trabalhei pertence a mim” (Nikola Tesla).

AGRADECIMENTOS

Inicio os meus agradecimentos, agradecendo primeiramente a Deus por tudo que tem feito por mim ao longo desta etapa da minha vida, permitindo que tudo isso acontecesse, por ter me dado forças para superar todas as dificuldades encontradas pelo caminho percorrido até chegarmos aqui, força para lutar, sabedoria para enfrentar esta jornada ao longo destes cinco anos. Sem ti senhor nada sou, nada serei. Muitas lágrimas eu derramei e tudo suportei graças ao meu bom Deus. Não desisti dos meus sonhos, por mais que as pessoas digam que não vou conseguir o senhor vem e fala comigo: levante tua cabeça, filha, e siga em frente, tua vitória está por vir!

Agradeço a minha mãe Luzia Antonia Dos Santos por todo amor, carinho, paciência e dedicação, sempre ao meu lado me apoiando nas minhas decisões. Obrigada por ser a minha motivação, exemplo para mim. Sou eternamente grata à senhora. Amo-te, mãe.

Agradeço ao meu marido e companheiro, Cleidsandro Luiz De Oliveira, por acumular muitas de minhas responsabilidades domésticas, por cuidar das nossas filhas nestes últimos tempos e por compreender todos os meus momentos e dificuldades. Seu valioso e incansável apoio foi definitivo em todos os momentos deste trabalho.

Expresso aqui todos os meus agradecimentos às minhas coleguinhas do coração, as quais tive o prazer de conhecer e dividir vários momentos ao longo destes anos. Muitas risadas, choro, felicidade e frustrações que vão ficar sempre em meu coração. Obrigada meninas que participaram junto comigo durante essa etapa: Elzineia Vieira Martins, Eliegrete de Carvalho Rodrigues. São pessoas que hoje fazem parte da minha vida.

Quero agradecer também à minha professora e orientadora, Dra. Taline Canto Tristão, pela sua paciência ao longo da elaboração do meu projeto final.

RESUMO

A Tuberculose Pulmonar (TBP) é uma doença infectocontagiosa, que atualmente constitui-se como um problema de saúde pública. Os principais fatores relacionados ao seu recrudescimento são: aumento da pobreza, forte movimento migratório entre os continentes e, principalmente, a pandemia do vírus HIV. O objetivo da pesquisa foi determinar a prevalência de TBP na população do município de Monte Negro/RO, através de dados secundários notificados pela Universidade de São Paulo (USP), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) no setor Epidemiológico, no período de 2008 a 2018. A pesquisa foi desenvolvida por meio de coleta de informações contidas nos prontuários médicos de pacientes portadores de TBP, em dois estabelecimentos: USP e SEMUSA do município de Monte Negro (RO). Dentro da faixa temporal estudada, o ano de 2008 apresentou a maior incidência de TBP, com 29% dos casos. A TBP apresentou prevalência em indivíduos do sexo masculino (67%), analfabetos (46%), entre 18 e 45 anos (42%), residentes em zona urbana (58%). Quanto ao método diagnóstico, a baciloscopia foi o principal método empregado. Os resultados obtidos neste estudo sugerem a necessidade de análises adicionais para maior caracterização dos indivíduos infectados.

Palavras-chave: tuberculose pulmonar, *Mycobacterium tuberculosis*, prevalência.

ABSTRACT

Pulmonary Tuberculosis (TBP) is an infectious disease, which is currently a public health problem. The main factors related to its upsurge are: rising poverty, strong migratory movement between continents, and especially the HIV virus pandemic. The objective of the research was to determine the prevalence of TBP in the population of Monte Negro / RO, through secondary data reported by the University of São Paulo (USP), in partnership with the Municipal Health Secretariat (SEMUSA) in the Epidemiological sector, in the period from 2008 to 2018. The research was developed by collecting information contained in the medical records of patients with TBP, in two establishments: USP and SEMUSA of Monte Negro (RO). Within the studied time range, 2008 presented the highest incidence of TBP, with 29% of cases. TBP was prevalent in male (67%), illiterate (46%), between 18 and 45 years old (42%), urban residents (58%). As for the diagnostic method, bacilloscopy was the main method employed. The results obtained in this study suggest the need for further analysis to further characterize infected individuals.

Key-words: Pulmonary tuberculosis. *Mycobacterium tuberculosis*, prevalence

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos prontuários	23
Figura 2 - Relação dos casos de TBP confirmados entre os anos 2008 e 2018 no município de Monte Negro/RO	24
Figura 3 – Incidência da TBP entre os gêneros	25
Figura 4 – Distribuição dos casos de TBP entre as faixas etárias.....	26
Figura 5 – Distribuição do nível de escolaridade entre os portadores de TBP	27
Figura 6 – Distribuição dos casos de TBP por local de moradia	28
Figura 7 – Frequência da realização da baciloscopia	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABME	Bacilo Álcool Ácido Resistente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICB	Instituto de Ciências Biomédicas
MTB	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
ODM	Objetivos Do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde
RO	Rondônia
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBP	Tuberculose Pulmonar
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 TUBERCULOSE PULMONAR	13
2.2 ETIOLOGIA	14
2.3 DIAGNÓSTICO	14
2.3.1 Diagnóstico laboratorial	15
2.3.2 Diagnóstico histopatológico	16
2.3.3 Diagnóstico por imagem	16
2.4 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR	17
3 OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4 METODOLOGIA	20
4.1 TIPO DE ESTUDO	20
4.2 LOCAL DO ESTUDO	20
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	20
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	21
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	21
4.6 AMOSTRAGEM	21
4.7 COLETA DE DADOS	21
4.8 ANÁLISE DE DADOS	22
4.9 RISCO/BENEFÍCIO	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
CONCLUSÃO	30

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença que assola a humanidade desde a pré-história. O primeiro a reconhecer a natureza infecciosa desta doença foi Aristóteles, na Grécia antiga e somente em 1882 seu agente etiológico foi isolado pelo médico Robert Koch (FUNARI, 2012).

A TB pode acometer vários órgãos e tecidos do organismo, como o trato gastrointestinal, trato genitourinário, baço, pâncreas, fígado, aorta, peritônio, linfonodos, vesícula biliar e principalmente os pulmões (MORAES; FERREIRA, 2017; DE PAULA, 2019; BRASIL, 2019).

A Tuberculose Pulmonar (TBP) é uma doença infectocontagiosa causada pela microbactéria aeróbia estrita *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), também chamada de Bacilo de Koch. A doença se apresenta principalmente na forma pulmonar e bacilífera, a qual é a maior responsável pela continuidade da transmissão (SOUZA et al., 2016; NOGUEIRA et al., 2012; BRASIL, 2019).

A MTB pode ser disseminada através da saliva, respiração, fala ou qualquer outra forma de interação pessoal que possa enviar gotículas de saliva contaminadas. Grandes concentrações de pessoas aliado à baixa imunidade são as principais formas de contágio. O bacilo de Koch é um microrganismo que pode ser visto através de um microscópio simples. Quando aspirado pelas pessoas que estão por perto, ele passa pela traquéia e se distribui pelos pulmões, localizando-se preferencialmente no ápice pulmonar. Nos alvéolos, onde há grande oferta de oxigênio, ocorre sua multiplicação (PEREIRA et al, 2017; SICSU, 2016).

Segundo os dados contidos no boletim epidemiológico, disponibilizado pelo Ministério da Saúde no dia 24 de maio de 2016, o Brasil alcançou suas metas de três anos para o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e, no ano passado, cumpriu seu compromisso global de reduzir 95% das mortes e 90% da taxa de incidência até 2035 (CAMILA et al., 2016).

No Brasil, no ano de 2017, houve aumento das notificações, com um total de 69.569 de casos novos de TBP, resultando em um coeficiente de incidência de 33,5 casos em média, para cada 100 mil habitantes. Apesar do diagnóstico e do tratamento da infecção estarem disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), 4.426 casos de

óbitos por TBP foram registrados no de 2016. Isto significa que a cada 100 mil cidadãos brasileiros, mais de dois morreram por TBP (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

A TB tornou-se uma doença de notificação compulsória por meio da portaria ministerial nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. A notificação deve ser realizada pela unidade de saúde (privada ou pública) onde o caso foi identificado, todavia, outros serviços podem notificar, como os laboratórios, por exemplo. A notificação deve incluir os dados de identificação do paciente, local de origem do caso, forma clínica da doença, morbidades e, no campo 32 (forma de entrada) do formulário de notificação, o tipo de caso de TB deve ser informado (RABAHI et al., 2017; SYLVIA, 2018; BRASIL, 2019).

O presente trabalho teve por objetivo estimar a prevalência de casos de TBP na população no município de Monte Negro/RO.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TUBERCULOSE PULMONAR

A porta de entrada natural do MTB é o pulmão. Neste órgão as manifestações clínicas são mais corriqueiras e de importância epidemiológica mais elevada. Os sinais, os sintomas e as manifestações radiológicas da TBP dependem do tipo de apresentação, a saber: primária, pós-primária (ou secundária) e miliária. No entanto, alguns sintomas são clássicos da doença, podendo ocorrer em qualquer das três apresentações, como tosse persistente (produtiva ou seca), febre vespertina, suores noturnos e perda de peso (PENNA et al., 2017; MORAES; FERREIRA, 2017; CAVE, 2019; BRASIL, 2019).

A TBP primária é responsável por cerca de 95% das lesões pulmonares iniciais. Ela ocorre após o primeiro contato do indivíduo com o bacilo, sendo, por este motivo mais comum em crianças, em especial em regiões de alta prevalência. Cabe ressaltar, no entanto, que o número de indivíduos adultos não expostos ao bacilo está em ascensão, devido à melhora das políticas de saúde preventiva e de tratamentos efetivos nos últimos anos, e por isso essa forma da doença pode eventualmente acometer essa população (FIOCRUZ, 2002; FUNARI, 2012; SYLVIA, 2018).

Na maioria dos casos de TBP primária a cura acontece espontaneamente, através de resposta inflamatória granulomatosas. Depois da infecção um nódulo pulmonar calcificado, conhecido como nódulo de *Ghon*, pode ser encontrado, assim como linfonodos mediastinais e/ou hilares calcificados, os quais associados ao nódulo de *Ghon* recebem a denominação complexo de *Ranke*. Os bacilos da infecção primária podem permanecer latentes por anos no organismo do indivíduo e provocar, posteriormente, a forma pós-primária (FUNARI, 2012).

A TBP pós-primária, também denominada secundária, de reativação ou do adulto, ocorre em indivíduos previamente sensibilizados pelo agente etiológico da doença. Em geral a lesão provocada por este tipo TBP é mais circunscrita, com evolução mais lenta, em relação à forma primária, e com reação inflamatória de hipersensibilidade mais alta, caracterizada por cavitação e fibrose. Ela é mais frequente em adolescentes e adultos jovens, todavia, em regiões de prevalência elevada, essa forma clínica de reinfecção pode ocorrer ainda no final da infância. Os

sintomas característicos desta apresentação são tosse seca ou produtiva (FUNARI, 2012; PENNA et al., 2017; GUIMARÃES, 2018).

A TBP miliar recebeu essa denominação devido seu aspecto radiológico se assemelhar a grãos de milho. Também conhecida como disseminada, essa forma de apresentação ocorre em todos os tipos de TB, mas o pulmão é o órgão acometido em mais de 50% dos casos. Ela é resultado da disseminação hematogênica e linfática do bacilo MTB. Esse tipo de TB acomete de 1 a 7% dos pacientes, sendo mais comum em idosos, crianças e imunocomprometidos. Nos pulmões, os granulomas formados são difusos e com tamanho menor que 5,0mm (GARCEZ et al., 2016; CERRI; LEITE; ROCHA, 2017; MORAES; FERREIRA, 2017; BRASIL, 2019).

2.2 ETIOLOGIA

A TBP é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, cujo agente etiológico é o bacilo MTB. Essa doença afeta principalmente os pulmões, mas também pode acometer outros órgãos e/ ou sistemas (MORAES; FERREIRA, 2017; BRASIL, 2019).

O agente etiológico da TBP compõe o complexo *Mycobacterium tuberculosis*, o qual é composto pelo *M. tuberculosis*, seu principal representante, e outras oito espécies intimamente relacionadas: *M. microti*, *M. africanum*, *M. bovis*, *M. canetti*, *M. caprae*, *M. pinnipedii*, *M. mungi* e *M. orygis* (DA SILVA et al., 2019).

A MBT pertence à ordem *Actinomycetales*, família *Mycobacteriaceae*, gênero *Mycobacterium*, classe *Actinobacteria* e filo *Actinobacteria*. O gênero *Mycobacterium* é constituído por bactérias sem mobilidade, não formadoras de esporos e maioritariamente aeróbias obrigatórias, embora algumas espécies consigam sobreviver a baixas concentrações de oxigênio (CATARINA et al., 2016; MORAES; FERREIRA, 2017).

O MTB é um microrganismo bacilo álcool ácido resistente (BAAR), não formador de esporos, aeróbico estrito e sem cápsula. Seu formato é de bastonete, com aproximadamente 0,2 a 0,6 µm de largura e 1-10 mm de comprimento (FUNARI, 2012; ANDRADE et al, 2018; DA SILVA et al., 2018).

2.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da TBP pode ser feito microbiologicamente, através de exames específicos, como baciloscopia e cultura do escarro e também por exame de imagem, por meio de radiografia de tórax. Em alguns casos podem ser necessários exames mais detalhados, como a biópsia, que dependendo do órgão afetado exige a o isolamento e cultura de MTB nas amostras biológicas. Os testes tuberculínicos revelam estado de hipersensibilidade do organismo contra as proteínas do bacilo da TBP, adquirido por um contato anterior com o mesmo (CAVE et al., 2019; GUIMARÃES, 2018).

2.3.1 Diagnóstico laboratorial

Uma vez estabelecidas suspeitas clínicas de TB, diversas amostras teciduais podem ser empregadas para identificação de micobactérias, como escarro, escarro induzido, lavado broncoalveolar, urina, líquido pleural, materiais de biópsia, dentre outros (MORAES; FERREIRA, 2017).

A baciloscopia direta do escarro é o primeiro teste que deve ser realizado no diagnóstico de TBP. Ele consiste num método seguro e simples, que permite identificar de 60% a 80% dos casos de TBP em adultos, fato de grande importância epidemiológica, considerando que os casos com baciloscopia positiva são os maiores responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão. No Brasil, a técnica mais utilizada clinicamente é o método de Ziehl-Neelsen, o qual indica a presença de BAAR. Baciloscopia positiva, associada a quadro clínico compatível fecham o diagnóstico de TB (MORAES; FERREIRA, 2017; LIMA, 2018; BRASIL, 2019; MOREIRA et al., 2019).

Cabe ressaltar que devido à dificuldade em se obter amostras de qualidade, a sensibilidade da baciloscopia em crianças é significativamente reduzida (BRASIL, 2019).

Nos casos em que os resultados obtidos na baciloscopia são negativos, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico da doença, pois este método apresenta sensibilidade de 80% a 96%, sendo, portanto, superior à baciloscopia. Dessa forma, a cultura continua sendo um método muito útil no diagnóstico de sujeitos com suspeita de TBP (LACEN, et al 2017; FELTRIN, 2016; MORAES; FERREIRA, 2017).

Em 2010 a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou o exame denominado Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), o qual foi importado para o Brasil em 2014. O teste possui sensibilidade de 90% em amostras de escarro de adultos, o que o torna superior à baciloscopia. Por meio do TRM-TB também é possível detectar resistência à Rifampicina com sensibilidade de 95%. O tempo para realização do teste é relativamente curto, o que torna a confirmação diagnóstica mais ágil (ANDRADE et al., 2017; BRASIL, 2019).

2.3.2 Diagnóstico histopatológico

Esse método consiste na avaliação de tecido obtido mediante biópsia e é empregado principalmente na investigação de casos suspeitos de TB ativa extrapulmonar ou pulmonar, quando a apresentação radiológica é difusa ou em casos de pacientes imunossuprimidos. É compatível com TB a identificação histológica de granuloma com necrose de caseificação e infiltrado histiocítico de células multinucleadas (SILVA et al., 2015; FERREIRA, 2016).

Os espécimes obtidos por biópsia devem ser encaminhados ao laboratório de microbiologia com urgência, em frasco estéril seco ou em solução salina, a depender do tempo de processamento necessário (MORAES; FERREIRA, 2017).

2.3.3 Diagnóstico por imagem

A radiografia é um método simples e muito apropriado para auxiliar e/ou complementar no diagnóstico de TBP. Os achados radiológicos, apesar de não serem definitivos, são muito relevantes e podem ser bastante sugestivos quando associados a um contexto clinicoepidemiológico. Ressalta-se que as formas pulmonares da doença podem ser mais bem identificadas por meio de ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) e medicina nuclear (FUNARI, 2012; MORAES; FERREIRA, 2017).

Embora cerca de 15% dos casos de TBP não apresentem alterações radiológicas, a radiografia de tórax normalmente é um dos primeiros exames

solicitados quando há suspeita clínica dessa doença, especialmente quando se trata de pacientes imunodeprimidos (FUNARI, 2012; DE LIMA et al., 2019).

No caso da TBP primária, o achado típico, tanto na radiografia simples, quanto na TC, é a consolidação lobar ou segmentar, mais comumente localizada nos lobos inferiores ou lobo médio, associada à linfonomegalias mediastinais e/ou hilares. Em alguns casos os achados são indistintos aos da pneumonia bacteriana (CERRI; LEITE; ROCHA, 2017).

Em relação à TBP secundária, os principais achados na radiografia simples são: nódulos e opacidades reticulares (variável em extensão) e consolidações de limites mal definidos. Essas alterações podem estar presentes um ou ambos os pulmões. Na TBP miliar a radiografia de tórax pode não evidenciar alteração no início do quadro, mas após cerca de 3 a 6 semanas, pequenos nódulos pulmonares difusos podem ser visualizados (FUNARI, 2012; CERRI; LEITE; ROCHA, 2017).

2.4 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR

Em praticamente todos os casos de TB a cura é possível, desde que os princípios básicos da terapia medicamentosa sejam obedecidos e que o tratamento seja adequadamente operacionalizado (BRASIL, 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tratamento da TB pode ser realizado através da associação de quatro fármacos, os quais estão inclusos dentro de um mesmo comprimido, a saber: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RABAHI et al, 2017; SALVIOLI, 2019).

Os dois primeiros meses constituem a fase intensiva do tratamento, na qual o paciente faz o uso de quatro drogas. Já na fase de manutenção, que compreende um período de quatro meses, o paciente passa a usar somente duas drogas que são a rifampicina e a isoniazida (CARDOSO et al., 2017, TEIXEIRA et al., 2017; OLIVEIRA, 2018).

Em geral, quando o paciente realiza o tratamento corretamente, num período de seis meses a doença é curada, sendo que apenas alguns casos complexos e graves exigem internação hospitalar. Por este motivo é importante que seja feita a divulgação do tratamento pelas unidades de saúde, para que a população tenha o

conhecimento sobre a doença e seu tratamento (CARDOSO et al., 2017, TEIXEIRA et al., 2017; OLIVEIRA, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar prevalência de TBP na população do município de Monte Negro/RO, entre os anos 2008 e 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a quantidade de novos casos de TBP entre os anos 2008 a 2018;
- Determinar o perfil epidemiológico dos casos positivos TBP no período da pesquisa;
- Verificar a frequência da realização da baciloscopia;
- Identificar fatores socioeconômicos relacionados à incidência da TBP.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada através de estudo transversal utilizando prontuários médicos de pacientes portadores de TB pulmonar atendidos pela Unidade Básica de Saúde Irma Dulce e Universidade de São Paulo (USP) do município de Monte Negro/RO.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada em dois estabelecimentos da área da saúde, no Instituto de Ciência Biomédica (ICB) da Universidade de São Paulo (USP) e no setor epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA). As duas unidades de saúde estão localizadas na Rua Braulino Pereira Gomes, Setor 02, Monte Negro/RO, CEP: 76.888.000. Ambas atendem toda a população da área rural, bem como da área urbana e os demais municípios vizinhos de Monte Negro/RO, às margens da BR 421, estando a 200 km da Capital de Rondônia, Porto Velho, fazendo limite com os municípios de Ariquemes, Buritis, Campo Novo.

No último censo do IBGE o Município de Monte Negro/RO declarou população estimada de 14.091 habitantes, e população estimada em 2018 de 15.695 pessoas (IBEG, 2017).

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Prontuários completos e legíveis;
- Pacientes com diagnóstico TBP;
- Pacientes maiores de 18 anos.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Prontuários ilegíveis;
- Prontuários incompletos;
- Casos suspeitos ou não confirmados;
- Pacientes menores de 18 anos;
- Pacientes com diagnóstico negativo para TBP.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido e obteve sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA sob o parecer nº 3.429.606, constituído nos termos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS). O projeto de pesquisa seguiu os critérios de Resolução 466/2012, sendo a pesquisa realizada mediante a autorização do responsável por meio de carta anuência.

4.6 AMOSTRAGEM

Foram inclusos na pesquisa todos os prontuários considerados elegíveis pelos critérios de inclusão e exclusão.

4.7 COLETA DE DADOS

Os dados utilizados foram obtidos através de um questionário padronizado, o qual foi respondido pelo pesquisador mediante informações contidas no prontuário médico de cada paciente.

4.8 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados nos prontuários médicos foram convertidos em um banco de dados utilizando-se o software Microsoft Office Excel 2013.

4.9 RISCO/BENEFÍCIO

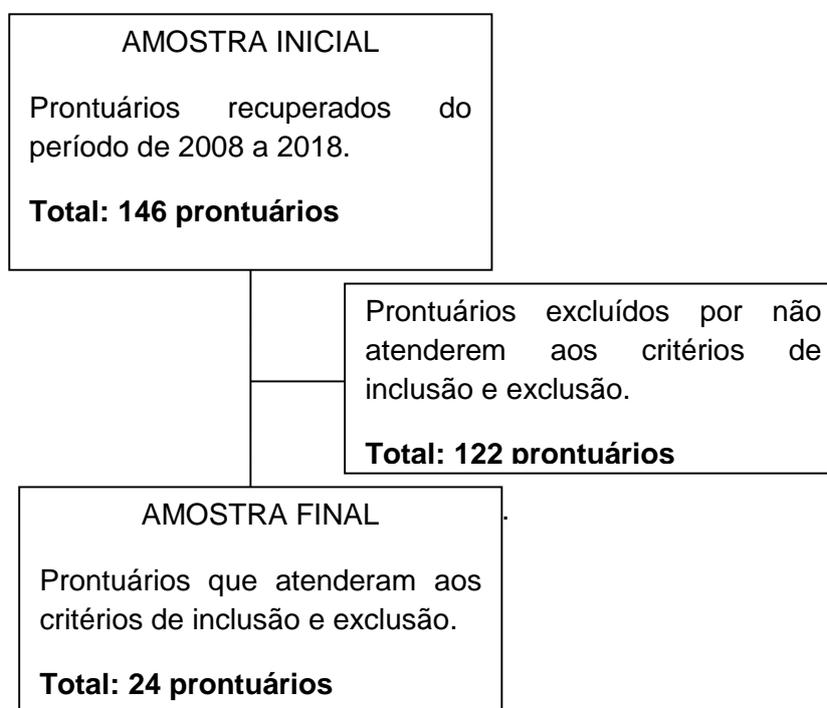
A presente pesquisa apresentou risco mínimo, uma vez que foram utilizados apenas dados dos prontuários, sem identificação dos respectivos pacientes.

O benefício desta pesquisa consiste na compreensão e quantificação dos portadores de TBP na localidade estudada entre os anos 2008 e 2018, possibilitando a adoção de políticas públicas posteriormente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante o levantamento de dados, um total de 146 prontuários dos anos 2008 a 2018 foram recuperados. Destes, apenas 16% (n=24) foram elegíveis, considerando os critérios de inclusão e exclusão e 84% (n=122) foram excluídos (Figura 1). Cabe salientar que os dados foram analisados minuciosamente, para que a pesquisa obtivesse resultados confiáveis.

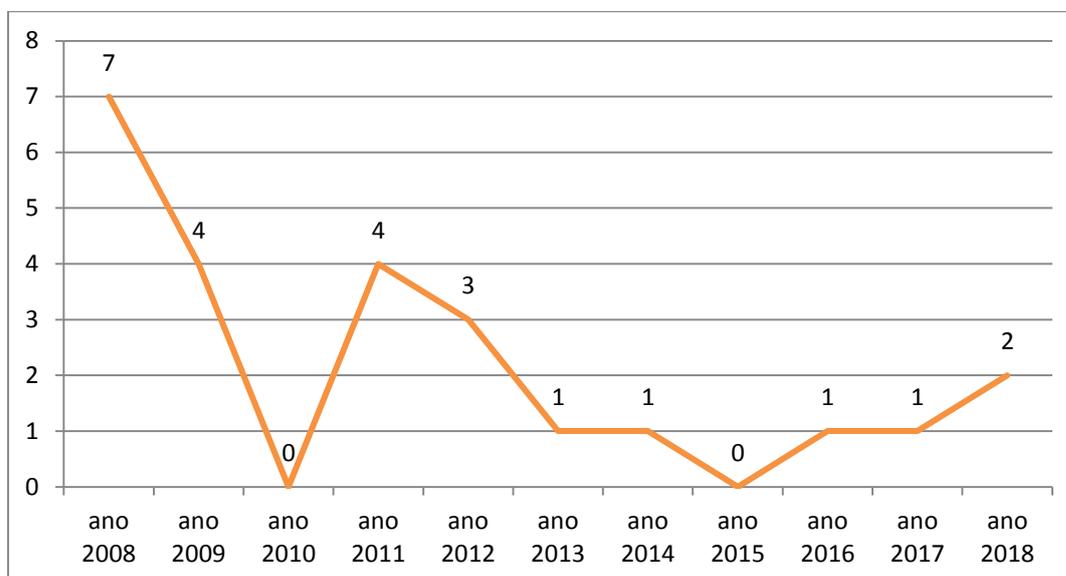
Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos prontuários



Fonte: construído pela autora

Em relação aos casos confirmados, a pesquisa apontou que o ano 2008 apresentou a maior incidência de TBP, com 29% (n=7) dos casos, seguidos pelos anos 2009 e 2011, ambos com 17% (n=4) dos casos. Nos anos seguintes foi observada uma redução significativa do número de casos. Nos anos 2010 e 2015 não houve notificações (Figura 2).

Figura 2 - Relação dos casos de TBP confirmados entre os anos 2008 e 2018 no município de Monte Negro/RO



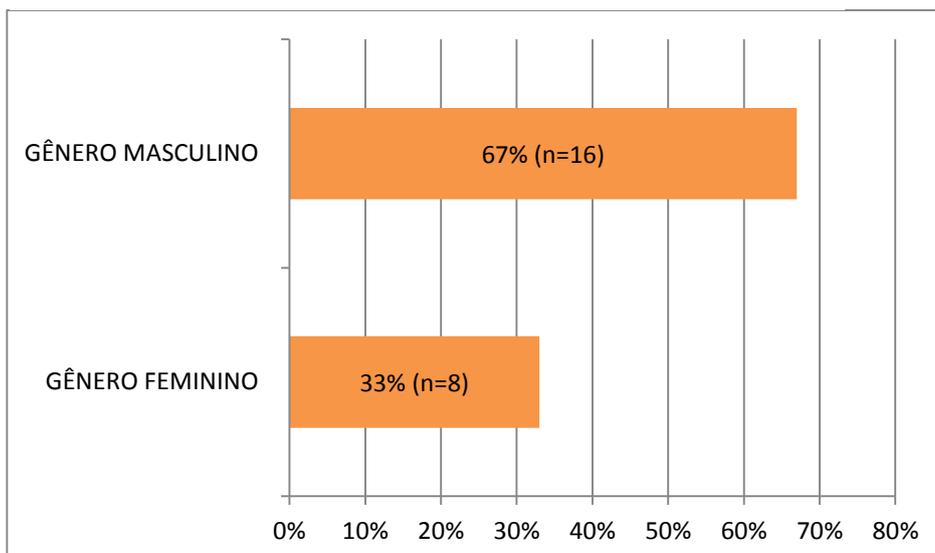
Fonte: desenvolvido pela autora.

Segundo dados Ministério da Saúde (MS) (2018), o coeficiente de incidência de TBP no Brasil foi de 1,6% entre os anos 2008 e 2017 e de 2,0% entre os anos 2007 e 2016. Os dados revelam também que em 2017 foram registrados, no Brasil, 13.347 casos de TBP, o equivalente a 16,1% do total de casos notificados no período.

5.1 GÊNERO

Quanto ao gênero dos acometidos por TBP desde estudo, observa-se que 67% são do sexo masculino e 33% do sexo feminino (Figura 3).

Figura 3 – Incidência da TBP entre os gêneros



Fonte: desenvolvido pela autora.

No estudo de Santos et al. (2018) a prevalência de TBP também se deu no sexo masculino, com 72% (n=1175) dos casos, contra 27,1% (n=436) no sexo feminino. Os resultados da pesquisa de De Moraes (2018) apontou que 57% dos casos de TBP incidiram sobre a população masculina.

Do mesmo modo, Castro et al., (2017) em seu estudo sobre a prevalência de TBP, identificou que 72,2% (n=244) dos casos eram do sexo masculino, enquanto apenas (94) 27,8% do sexo feminino. No estudo de Fontes (2019), 53,59% dos acometidos por TBP eram do sexo masculino e somente 28,21% do sexo feminino. Todos estes estudos corroboram com os resultados obtidos nesta pesquisa.

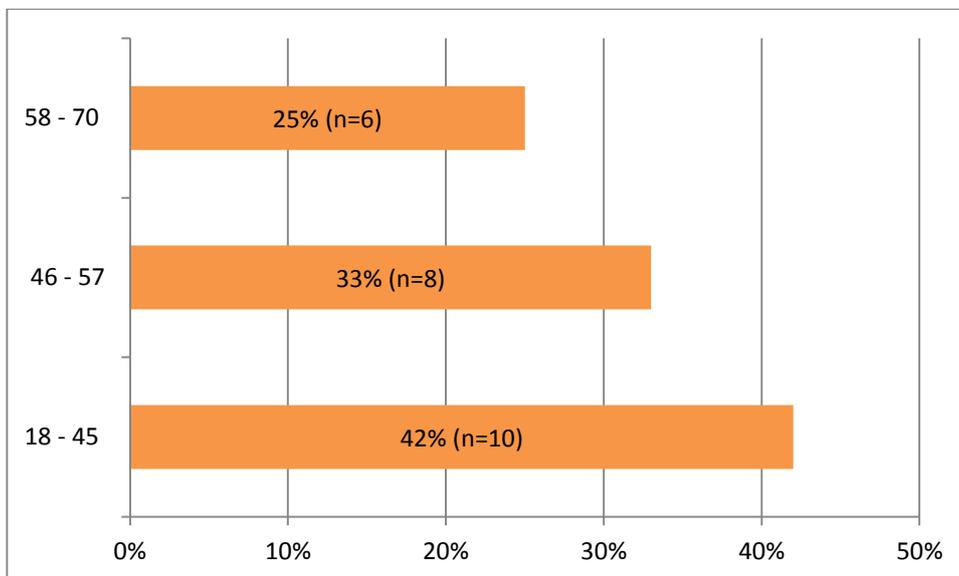
A maior incidência na população masculina pode ser explicada pelo fato de os homens estarem mais propensos à exposição a certos fatores de risco para infecções, tais como consumo de bebidas alcoólicas e uso de drogas ilícitas. Além disso, os homens, por questões sociais e culturais, procuram menos os serviços de saúde, o que prejudica o diagnóstico e, por consequência, o tratamento precoce (BOGALE et al.2017, SANTOS et.al.2019).

5.2 IDADE

Em relação à idade, constatou-se que a faixa etária com maior número de pessoas acometidas foi de 18 a 45 anos, o correspondente a 42% (n=10) do total de

prontuários selecionados (Figura 4). A repercussão social disso é preocupante, pois esta é a faixa etária mais inserida no mercado de trabalho e que mais contribui para o sustento de suas famílias.

Figura 4 – Distribuição dos casos de TBP entre as faixas etárias



Fonte: desenvolvido pela autora.

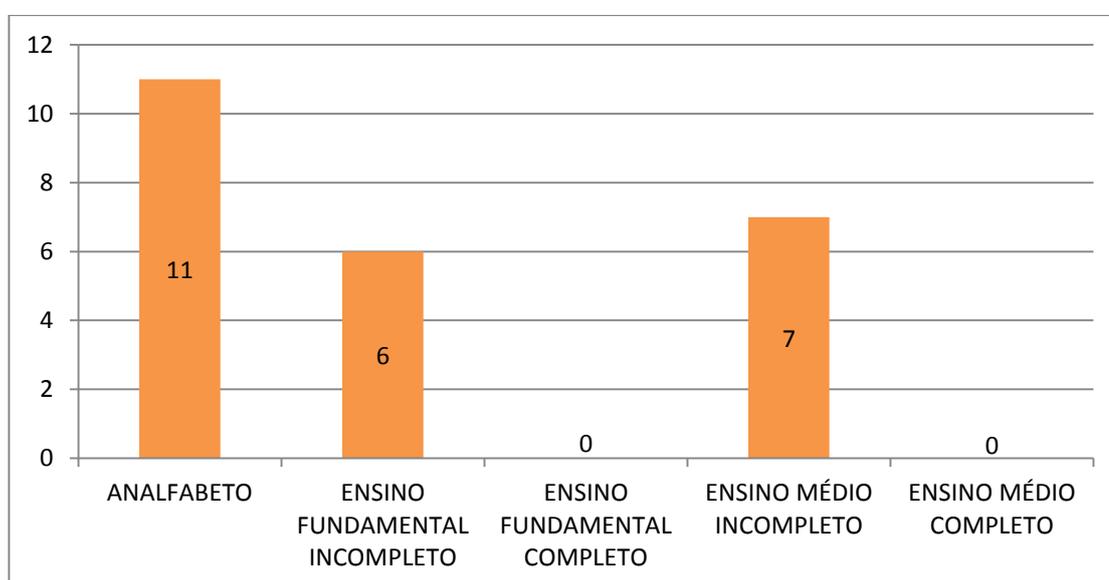
Os dados do presente estudo estão de acordo com os resultados obtidos por Macedo et al. (2018), os quais indicam maior prevalência em adultos com faixa etária de 20 a 39 anos (51,7%). De forma semelhante, o estudo de Da Costa (2019), revelou prevalência de TBP em indivíduos com idade entre 20 e 49 anos, o equivalente a 55,17% dos casos notificados. Segundo Melo (2016) a faixa etária predominante foi 23 a 29 anos 13 casos (38,2%) e 30 a 80 anos 12 casos (35,3) e 18 a 22 anos 9 casos (26,5%). O estudo de Santos (2019) encontrou resultados semelhantes, sendo que 43,34% amostra tinha idade situada entre 20 e 39 anos.

Durante a pesquisa foi possível observar diferenças importantes em relação à faixa etária dos portadores de TBP, no qual a infecção pelo bacilo pode ocorrer em qualquer idade, principalmente em adultos jovens.

5.3 ESCOLARIDADE

No tocante à escolaridade, 46% (n=11) dos pacientes deste estudo eram analfabetos, seguido 29% (n=7) com ensino médio incompleto (Figura 5). A falta de informação na maioria das vezes pode acarretar perigo para a TBP, dificultando em algumas situações a não aceitação da medicação para o tratamento aumentando índices de desistência.

Figura 5 – Distribuição do nível de escolaridade entre os portadores de TBP



Fonte: desenvolvido pela autora.

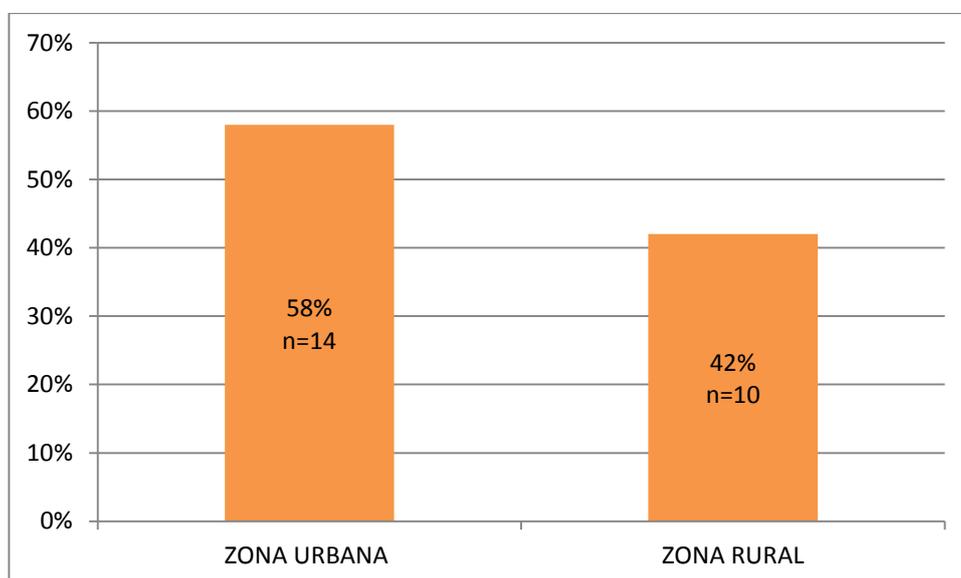
No estudo de Moraes et al. (2017), realizado no município de Prioritário (MA), 75% dos pacientes acometidos por TBP eram analfabetos. No levantamento de Barros et al. (2015) a maior incidência ocorreu em indivíduos com ensino fundamental incompleto (25%), seguido pelo ensino médio incompleto (29%).

A queda da escolaridade na sociedade é o retrato de todo um conjunto de circunstâncias socioeconômicas de maneira delicada, que torna maior a fragilidade à TBP. No estudo presente foi possível verificar que o aumento da prevalência de TBP pode estar diretamente relacionado com grau de escolaridade (CAMPOS et al., 2016).

5.4 LOGRADOURO

Com relação ao logradouro, no presente estudo 58% (n=14) dos casos registrados ocorreram na zona urbana e 42% (n=10) na zona rural (figura 6). Observa-se, portanto, prevalência significativa de TBP na zona urbana, comparada a zona rural, o que pode ser explicado pela maior aglomeração de pessoas, poluição do ar e locais mal ventilados. Como a TBP se trata de uma doença infectocontagiosa, essas peculiaridades aumentam o risco de infecção e proliferação da doença.

Figura 6 – Distribuição dos casos de TBP por local de moradia



Fonte: desenvolvido pelo autor.

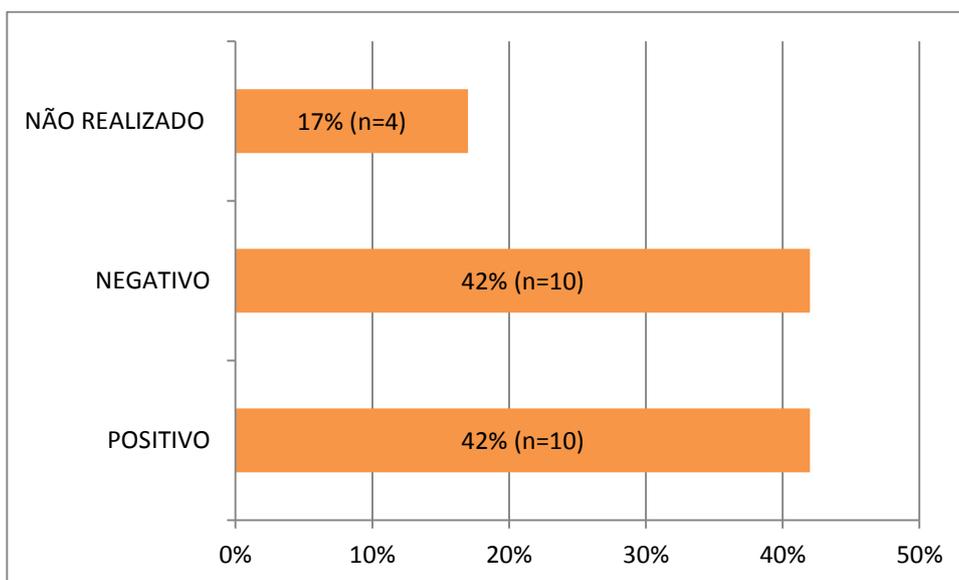
Dados semelhantes foram encontrados por Macedo (2018), onde 83,2% dos casos ocorreram na zona urbana e somente 16,8% na zona rural. No estudo de Moraes (2015), 90% (n=119) dos casos correspondiam à zona Urbana e 8% (n=11) à zona rural.

De acordo com Longhi (2013), a TBP é mais comum em áreas urbanas. Locais com rápido processo de urbanização apresentam taxas mais elevadas da referida patologia. O estudo de Torrens et al., (2016), demonstra uma maior predominância por TBP na zona urbana (83%) degradadas e está tipicamente associada a fome, moradia e saneamento precários, além de outras condições, zona rural apresenta menos números de casos (17%).

5.5 BACILOSCOPIA

O exame de baciloscopia foi realizado em 84% dos pacientes, apresentando resultado positivo em 42% (n=10) e a mesma porcentagem de resultados negativos. O exame não foi realizado em 17% (n=4) dos casos (Figura 7).

Figura 7 – Frequência da realização da baciloscopia



Fonte: desenvolvido pela autora.

No estudo de Lima (2015), a baciloscopia apresentou resultado positivo para TBP em 54,3% dos casos, negativo em aproximadamente 34,2% e não foi realizado em 11,5%. No estudo de Malacarne (2019), foi observado que a baciloscopia foi empregada em 86,7% dos casos, sendo o exame mais utilizado.

O estudo de Casela et al. (2018) identificou que das 3877 amostras submetidas ao exame de baciloscopia, entre os anos 2014 e 2015, apenas 424 (10,9%) apresentaram resultado positivo e 3453 (89,1%) resultado negativo.

CONCLUSÃO

Através deste estudo, foi possível identificar 24 casos diagnosticados de TBP, sendo que a maior incidência deu-se nos anos 2008, 2009, 2011 e 2012.

Verificou-se também que a TBP foi prevalente em indivíduos do sexo masculino, residentes em área aérea urbana, com faixa etária de 18 a 45 anos e ensino fundamental incompleto. Quanto ao nível de escolaridade, observou-se que existe uma relação entre baixa escolaridade e maior incidência de TBP.

Os resultados obtidos neste estudo sugerem a necessidade de análises adicionais para maior caracterização dos indivíduos infectados, fazendo-se necessário a intensificação das estratégias de prevenção e controle de doenças nas unidades de saúde, buscando melhoria na qualidade de vida da população de modo geral e realizando campanhas educativas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Daniela Furtado Rodrigues de. Vantagens e usos do teste rápido molecular para tuberculose: uma revisão integrativa. **Rev Enferm da UFMS**, v. 7, n. 1, p. 123-135, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21894>>.

ANDRADE, Rayanny Gomes de et al. Expressão heteróloga da protease Rv 2467 de *Mycobacterium tuberculosis*. 2018. Disponível em:<<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/8693>>.

BOGALE, Selamsew et al. Fatores associados ao atraso no diagnóstico e tratamento da tuberculose em pacientes adultos com tuberculose atendidos em unidades de saúde pública da cidade de Gondar, noroeste da Etiópia. **Doenças infecciosas do BMC**, v. 17, n. 1, p. 145, 2017. Disponível em:< scielo.iec.gov.br > scielo>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Experiência de programas de controle da tuberculose, v. 49, n. 37, 2018. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/05/2018-041.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2019. Disponível em:<<http://www.saude.mg.gov.br/tuberculose>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença, v. 50, n. 09, 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>>.

CAMPOS, Leandro Cruz. Características dos pacientes com tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa em uma região com alta prevalência de tuberculose e HIV. 2016. Disponível em:<<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/148202>>

CARDOSO, Mayara Alexandre et al. Impacto das novas estratégias para o tratamento de tuberculose no Brasil nos desfechos terapêuticos, 2017. Disponível em:<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27424>>.

CASELA, Marilda et al. Teste rápido molecular para tuberculose: avaliação do impacto de seu uso na rotina em um hospital de referência. **Jornal Brasileiro de**

Pneumologia, v. 44, n. 2, p. 112-117, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180637132018000200112&script=sci_arttext>.

CERRI, Giovanni Guido; LEITE, Claudia da Costa; ROCHA, Manoel de Souza. **Tratado de radiologia, volume 2: pulmões, coração e vasos, gastrointestinal, uroginecologia**. Barueri, SP: Manole, 2017.

DA COSTA, Marília Millena Remígio et al. Tuberculose pulmonar: perfil epidemiológico do sertão Pernambucano, Brasil/Pulmonary tuberculosis: epidemiological profile of sertão Pernambucano, Brazil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 3, p. 2228-2238, 2019. Disponível em:<<http://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1639>>.

DA SILVA, Maria Elizabete Noberto. Aspectos gerais da tuberculose: uma atualização sobre o agente etiológico e o tratamento. **RBAC**, v. 50, n. 3, p. 228-32, 2018. Disponível em:<<http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2019/>>.

DA SILVA, Juliana nobre; Santos, MarceloCortina.5.Levantamento Epidemiológico De Casos De Tuberculose No Município De Mogi Das Cruzes–Sp. *Revista Científica Umc*, V. 2, N. 1, 2017. Disponível em:<<http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/76>>.

DE CASTRO, Carolina Castrighini et al. Prevalence and epidemiological aspects of HIV/tuberculosis coinfection/Prevalencia e aspectos epidemiologicos da coinfeccao HIV/tuberculose/Prevalencia y epidemiologia de la coinfeccion VIH/tuberculosis. **Enfermagem UERJ**, v. 25, n. 1, 2017. Disponível em:<<https://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA568569249&sid>>.

DE LIMA, Elizete Andrade et al. Tuberculose na atenção primária à saúde. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 3, n. 1, 2019. Disponível em:<<http://.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/3197>>.

DE PAULA, Cínthya Neiva. Tuberculose: manifestação gastrointestinal: relato de caso e revisão da literatura (2019). Trabalho de conclusão de curso (graduação em medicina). UniCEUB, 2019. Disponível em:<<http://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13528>>.

FONTES, Giuliano José Fialho et al. Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Brasil no Período de 2012 a 2016. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 19-26, 2019. Disponível em:<<https://editoraverde.org/gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/63/5513>>.

FUNARI, Marcelo Buarque de Gusmão. **Diagnóstico por imagem das doenças torácicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

GARCEZ, Carla Gomes et al. Um caso pediátrico de tuberculose miliar: achados raros e evolução atípica. **Nascer e crescer**, v. 25, n. 3, p. 182-186, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542016000300011>.

GUIMARÃES, Ana Beatriz Giles et al. A História Da Tuberculose Associada Ao Perfil Socioeconomico No Brasil: Uma Revisão Da Literatura. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-FACIPE, v. 3, n. 3, p. 43, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/facipesaude/article/view/5982>>.

LIMA, Glaura Regina de Castro et al. Avaliação da resistência aos tuberculostáticos de primeira linha em cepas do complexo Mycobacterium Tuberculosis isolados no Distrito Federal. Disponível em:< <http://repositorio.unb.br/handle/10482/19596> >.

MACEDO, Joyce Lopes et al. Perfil epidemiológico da tuberculose em um município do maranhão. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 3, n. 4, p. 699-705, 2018. Disponível em:<<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/251>>.

MALACARNE, Jocieli et al. Desempenho de testes para o diagnóstico de tuberculose pulmonar em populações indígenas no Brasil: a contribuição do Teste Rápido Molecular. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 45, n. 2, 2019. Disponível em:<http://jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2973>.

MELO, Tatiana Eustáquia Magalhães de Pinho. Fatores associados à cura e ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar na atenção básica no Brasil. Disponível em:< <http://repositorio.unb.br/handle/10482/31217> >.

MORAES, Sandra do Lago; FERREIRA, Antonio Walter. **Diagnóstico laboratorial das principais doenças infecciosas e autoimunes: correlações clínico-laboratoriais**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MORAES, M. G.; GARDENGHI, Giulliano. Perfil epidemiológico de indivíduos com tuberculose pulmonar no município de Rondonópolis–MT. **Saúde e Ciência (Goiânia)**, v. 5, n. 02, p. 7-24, 2015. Disponível em:<<https://www.rescceafi.com.br/vol5/n2/artigo%201%20pags%207%20a%2024.pdf>>.

MORAES, Viana Fernando Mário. Perfil epidemiológico de casos de tuberculose em um município prioritário no estado do Maranhão. **Rev Pesq Saúde**, 18(3): 147-150, set-dez, 2017. Disponível em:<<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/10149>>.

MOREIRA, Tiago Ricardo et al. Prevalência de tuberculose na população privada de liberdade: revisão sistemática e metanálise. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, p. e16, 2019. Disponível em:<<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.16>>.

NOGUEIRA, Antônio Francisco et al. Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos. **Rev. Bras. Farm**, v. 93, n. 1, p. 3-9, 2012. Disponível em:<<http://rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-1-1.pdf>>.

OLIVEIRA, Rita de Cássia Moraes. A atuação do enfermeiro no tratamento supervisionado do paciente com tuberculose Osasco, 2018. Disponível em:<<https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/21884/1/Rita%20de%20Cassia%20Moraes%20Oliveira.pdf>>.

PENNA, Gerson. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2017. Disponível em:<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/24_03_2015_9.27.27.3c5fe1b22db588b82143221085046e04.pdf>.

PEREIRA, Juan José Rachadell. Tuberculose pulmonar resistente: novos conceitos. 2017. **Tese de Doutorado**. Disponível em:<<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/31999>>.

PORTELA, BSM. ANÁLISE do Potencial Preditivo de Marcadores de Exaustão celular Como Indicadores de Sucesso da Resposta Terapêutica antituberculose em Pacientes Com Tuberculose Pulmonar Ativa. 2016. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em:<<http://repositorio.ufes.br/jspui/handle/10/7164>>.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Controle da tuberculose**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/81/controle-da-tuberculose-uma-proposta-de-integracao-ensino-servico-%5B81-080909-SES-MT%5D.pdf>>.

RABAHI, Marcelo Fouad et al. Tratamento da tuberculose. **J. bras. pneumol.** 2017, vol.43, n.6, pp.472-486. ISSN 1806-3713. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562016000000388>>.

SANTOS, José Gilmar Costa et al. Perfil Clínico E Epidemiológico Da Tuberculose Em Alagoas De 2008 A 2017. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 13, n. 14, p. 35-48,2019. Disponível em:<<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/artic1015>>.

SANTOS, Tiago Alves dos; MARTINS, Maísa Mônica Flores. Profile of re-entry cases after abandonment of treatment of tuberculosis in Salvador, Bahia, Brazil. **Cadernos Saúde Coletiva**, n. AHEAD, 2018. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/1414-4>>.

SICSU, NA et al. Educational intervention for collecting sputum for tuberculosis: a quasi-experimental study.Rev. **Latino-Am. Enfermagem.** 2016; 24: e2703. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692016000100333&script=sci_arttext>.

SILVA JR, Jarbas Barbosa da. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. **Jornal brasileiro de pneumologia**, v. 30, p. S57-S86, 2015.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180637132004000700003&script=sci_arttext>.

SOUZA, Mariana Almudi et al. Prevalência de notificação dos casos de tuberculose nas estratégias de saúde da família no município de Santa Cruz do Sul, RS. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 4, p. 168-173, 2016. Disponível em:<<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/5357>>.

TEIXEIRA, Kelly Sivocy Sampaio. Uso da quimiometria na determinação simultânea do teor dos fármacos em comprimido com dose fixa combinada empregado no tratamento de tuberculose. 2017. Disponível em:<<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/24951>>.

TORRENS, Ana W. et al. Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 110, n. 3, p. 199-206, 2016. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC607817>>.

FORMULÁRIO

1- Ano do Prontuário.....

2- Idade.....

3- Sexo

() Masculino

() Feminino

4- Estado Civil

() Casado

() Divorciado

() Solteiro

() União Estável

() Viúvo

5- Escolaridade

Não Analfabeto ()

Ensino fundamental () completo () incompleto

Ensino Médio () completo () incompleto

Nível superior () completo () incompleto

6-local de residência?

() Zona Urbana

() Zona Rural

7- Tipos de Exames Realizado?

Basiloscopia () sim () não

Cultura () sim () não

RX () sim () não



RELATÓRIO DE REVISÃO NO ANTIPLÁGIO

ALUNA: Leiliane Antônia dos Santos

CURSO: Farmácia

DATA DE ANÁLISE: 13.09.2019

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: 7,81%

Percentual do texto com expressões localizadas na internet \triangle

Suspeitas confirmadas: 4,83%

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados \triangle

Texto analisado: 89,33%

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: 100%

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11
sexta-feira, 13 de setembro de 2019 15:48

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da acadêmica **LEÍLIANE ANTÔNIA DOS SANTOS**, n. de matrícula **20041** do curso de Farmácia, foi **APROVADO** com porcentagem conferida em 7,81%. Devendo a aluna fazer as correções que se fizerem necessárias.

Obs.: Informamos que cada aluno tem direito a passar pelo *software* de antiplágio 3 (três) vezes, sendo que, para cada vez, deverá ter feito as correções solicitadas. Para aprovação, o trabalho deve atingir menos de 10% no resultado da análise, e em caso de mais de 10%, o trabalho estará sujeito a uma última análise em conjunto com o professor orientador e a bibliotecária para emissão do parecer final, visto que o *software* pode apresentar um resultado subjetivo.

(assinado eletronicamente)
HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Biblioteca Júlio Bordignon
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Assinado digitalmente por: Herta Maria de Acucena do Nascimento Soeiro
Razão: Faculdade de Educação e Meio Ambiente
Localização: Ariquemes RO
O tempo: 16-09-2019 13:14:21

**Leiliane Antonia dos Santos**Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5600433257264694>

Última atualização do currículo em 11/11/2019

Resumo informado pelo autor

(Texto gerado automaticamente pelo Sistema Lattes)

Nome civil

Nome: Leiliane Antonia dos Santos

Dados pessoais

Nascimento: 14/07/1985 - Brasil

CPF: 959.410.372-97

Formação acadêmica/titulação

2015 Graduação em Farmácia.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, Aniquemes, Brasil**2005 - 2007** Ensino Médio (2º grau).
ESCALA VISAO EDUCACIONAL - EVE - Brasil, Ano de obtenção: 2007

Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 11/11/2019 às 12:08:42.