

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ACOMETIDOS DE  
TUBERCULOSE, ENTRE OS ANOS DE 2014 A 2018, EM BARREIROS, PE.**

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS AFFECTED WITH  
TUBERCULOSIS, BETWEEN 2014 TO 2018, IN BARREIROS, PE.

Amélia Maria da Conceição <sup>1</sup>

Liana Chaves Alves <sup>2</sup>

**RESUMO**

O Brasil está entre os países responsáveis por 80% dos casos de tuberculose (TB). Definida como doença negligenciada possui baixo atrativo econômico para desenvolvimentos farmacêutico-industriais, surge em decorrência da infecção por bactérias *Mycobacterium tuberculosis*. O modo mais comum de infecção é causado por indivíduos acometidos pela patologia em forma pulmonar, que exteriorizam os bacilos ao meio acarretando contaminação. Este estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico de casos notificados de tuberculose em Barreiros entre os anos de 2014 e 2018 que fazem acompanhamento farmacoterapêutico. O método escolhido consiste de um estudo científico quantitativo, de corte seccional. A amostra foi composta por pacientes inscritos e em tratamento com registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) correspondente ao período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. Em uma amostragem de 90 pacientes, os resultados apontaram que 75,5% dos casos de tuberculose são de indivíduos do sexo masculino, entre 20-59 anos, cor parda. 2,2% com HIV; 1,1% em situação de rua; 80% curados, 1 óbito registrado; relaciona as escassas condições sócio-econômicas, abandono de tratamento; e com 80% de desfecho clínico de cura. Conclui-se que a tuberculose ainda é considerada um grande problema de saúde pública e o controle da doença continua sendo um desafio tendo em vista que o sistema de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis no Brasil é rotineiramente passivo.

**Palavras-chave:** Epidemiologia. Saúde Pública. Tratamento. Tuberculose.

**ABSTRACT**

Brazil is among the countries responsible for 80% of tuberculosis (TB) cases. Defined as a neglected disease, it has low economic attractiveness for pharmaceutical-industrial developments, arises as a result of infection by *Mycobacterium tuberculosis* bacteria. The most common mode of infection is caused by individuals affected by the pathology in pulmonary form, which externalize the bacilli in half causing contamination. This study aims to analyze the epidemiological profile of notified cases of tuberculosis in Barreiros

between the years 2014 and 2018 undergoing pharmacotherapeutic follow-up. The chosen method consists of a quantitative scientific study, with sectional cut. The sample consisted of patients enrolled and undergoing treatment registered in the Information System for Notifiable Diseases (SINAN) in the database of the Informatics Department of the Unified Health System (DATASUS) corresponding to the period from January 2014 to December 2018. In a sample of 90 patients, the results showed that 75.5% of tuberculosis cases are male, between 20-59 years old, brown. 2.2% with HIV; 1.1% on the streets; 80% cured, 1 registered death; relates the scarce socio-economic conditions, abandonment of treatment; and with 80% of clinical cure outcome. It is concluded that tuberculosis is still considered a major public health problem and the control of the disease remains a challenge considering that the system of epidemiological surveillance of communicable diseases in Brazil is routinely passive.

**Keywords:** Epidemiology. Publichealth. Treatment. Tuberculosis.

1. Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS/Curso de Enfermagem/  
ameliamariadasilva@outlook.com.br
2. Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS/Curso de Enfermagem/  
liana.alves43@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica que, na ausência de tratamento eficaz, evolui para a doença ativa, de forma consuntiva, sobrevivendo como última consequência, a morte. Na atualidade, ainda representa uma ameaça para a humanidade, sendo considerada um relevante problema de saúde pública mundial. O desafio de controlar a doença ainda é uma preocupação constante da Organização Mundial de Saúde (OMS) que vem qualificando equipes de saúde no comprometimento com as ações de controle da doença no âmbito da atenção primária<sup>1</sup>.

Em 1882, a identificação do *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) por Robert Koch, como o agente etiológico da TB consistiu num marco para o conhecimento da doença significando uma relevante contribuição para o fortalecimento da teoria da transmissibilidade das doenças infectocontagiosas. Após essa época, foram estabelecidos

documentos conhecidos como Postulados de Koch, estimulando novas tentativas na direção do controle e tratamento específico da TB, que se tornou possível na década de 1940 com a introdução da estreptomicina. O *M. tuberculosis*, trata-se de uma bactéria na forma de bacilo, de crescimento lento e elevado conteúdo genômico de G+C<sup>2</sup>.

Ainda no século XX o coeficiente de mobilidade da TB atingiu níveis elevados nas metrópoles. Na década de 1930, a TB foi a doença que mais vítimas causou em todo o mundo sendo considerada uma das pragas sociais que insistiam em consumir a humanidade. Assim, a doença é parte da história da sociedade brasileira, um agravo que se somou ao conjunto de fatores de retardo do desenvolvimento social e econômico do País, desde o início da colonização<sup>3</sup>.

A infecção inicia com a inalação do bacilo, quando uma pessoa infectada espirra ou tosse disseminação para novos hospedeiros<sup>4</sup>. A suspeita diagnóstica ocorre pela presença de sintomas broncopulmonares tais como tosse seca ou produtiva, dispnéia e hemoptise. Outros sintomas como anorexia, febre, sudorese noturna, fadiga e perda de peso também podem estar associados à presença do bacilo<sup>2</sup>.

A bacteriologia ocupa um papel fundamental, permitindo, por meio do conhecimento dos vários aspectos da biologia do bacilo, a sua correta identificação. Portanto, uma avaliação médica completa para a TB inclui além do histórico e exame físico do paciente, o teste subcutâneo de *Mantoux*, um raio-x do tórax e estudo sob microscópio e culturas microbiológicas<sup>5</sup>. A Cultura do bacilo de Koch é específica para *M. tuberculosis*, solicitada para pacientes cujo exame direto do escarro apresentou-se negativo, dá o diagnóstico de TB extrapulmonar(TBEP) verificando se há resistência bacteriana da sensibilidade, realizada para descartar a possibilidade de infecção por microbactérias não-tuberculosas através da tipificação de bacilo<sup>6;7</sup>.

A prevenção da doença é feita por meio da vacina Bacilo de *Calmette-Guérin*(BCG) preparada com uma subcepa derivada de *M. bovis*, atenuada por repicagens sucessivas; acerca do tratamento, políticas nacionais de saúde foram criadas durante o século XX, a fim de manter o controle da doença sendo realizadas por instituições estatais e filantrópicas. As décadas de 1950 e 1960 trouxeram alguns fármacos como a estreptomicina e o ácido paraaminossalicílico (PAS) com relativa eficácia terapêutica permitindo que fosse dispensada a internação do paciente e o mesmo passasse a ser tratado em casa de forma ambulatorial<sup>8;9</sup>.

A inserção do enfermeiro na atenção à TB no Brasil também remonta a década de 1960 quando ocorreram readequações na forma de tratamento da doença e identificou-se a necessidade de incluir profissionais habilitados para ações de educação sanitária, medicação supervisionada, controle de comunicantes e articulação com o dispensário que, atualmente, relaciona-se à referência e contra-referência no decorrer do processo de diagnóstico e tratamento da doença <sup>10</sup>.

Em 1970, o Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) consolidado pelo Ministério da Saúde (MS) definiu a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde. Apesar disso, são reconhecidas as dificuldades para o diagnóstico precoce, decorrentes da degradação dos serviços e do despreparo dos profissionais de saúde para identificar a doença, destacando-se a sobrecarga de funções do enfermeiro, inadequada qualificação, visão centralizada e fragmentada da organização de saúde nas ações de controle da TB. Estas e outras barreiras podem comprometer o acesso dos pacientes às ações de controle da doença na atenção básica<sup>10; 11</sup>.

A ocorrência de tuberculose pode ser considerada um indicador da prevalência da doença na população e sua detecção é importante para determinar o nível de transmissão.

Diante disso, este estudo pode contribuir para a identificação do quantitativo e perfil epidemiológico da doença no município de Barreiros no Estado de Pernambuco. Esses dados são relevantes para a elaboração e desenvolvimento de ações de controle epidemiológico no município.

## **MÉTODO**

O estudo é quantitativo, descritivo-explicativo, de corte seccional onde se observou a ocorrência e distribuição de estados ou eventos relacionados aos casos de tuberculose. O estudo foi realizado no município de Barreiros, PE, com dados cedidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) correspondente ao período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. É importante lembrar que o SINAN/DATASUS consiste na principal fonte de dados da TB, sendo este a base utilizada para o cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais do país.

Há outros sistemas, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informação Laboratorial (SILTB), todos com o intuito de registrar as diversas ocorrências da doença, sendo considerados instrumentos importantes para a vigilância da TB. Além destes, os municípios mantêm registros próprios informatizados que se caracterizam como instrumentos para o monitoramento local dos casos diagnosticados.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2014 à dezembro de 2018 onde foi analisado o total de pacientes que receberam atendimento no período identificado. Foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico de tuberculose pulmonar, independentemente da fase ou esquema de tratamento, da faixa etária e do

gênero. As variáveis analisadas consistiram do sexo, idade, raça, relação com HIV, pessoas vivendo em situação de rua e desfecho clínico. O total de pacientes analisados foi 90.

Foram excluídos os casos notificados fora do período determinado para a pesquisa de modo que a amostra contou apenas com os casos que iniciaram o tratamento entre janeiro de 2014 a dezembro de 2018 mesmo que os pacientes tenham apresentado a patologia em anos anteriores ou posterior a esse período. Como critério de inclusão, foram considerados todos os casos que tiveram o diagnóstico clínico de tuberculose pulmonar confirmados pelo raio-X e o exame do escarro. Foram excluídos os pacientes que não apresentam data de início do tratamento no SINAN.

Os dados coletados foram organizados em gráficos no programa Microsoft Excel® e tabelas no Microsoft Word®, e para análise dos dados foram utilizando os cálculos de soma e média aritmética, bem como uma estatística descritiva apresentada por porcentagem baseada em regra de três simples. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) registrado através da carta de anuência, tendo como CAAE (Código de Autorização Ética da Pesquisa) de nº 40302420.6.0000.5569.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram notificados 90 casos de TB todos com início do tratamento no período entre janeiro de 2014 e dezembro de 2018 (Figura 1). Do total de 90 pacientes, 68 (75,5%) são do sexo masculino e 22 (24,4%) do sexo feminino (Figura 2).

A infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* encontra-se intimamente ligada às condições socioeconômicas inadequadas e à pobreza. Na segunda metade da década de 1980, em alguns países desenvolvidos, como Estados Unidos e Japão, acreditava-se que

essa infecção estivesse controlada e em fase de erradicação. No Brasil, sabe-se que o sexo masculino é responsável por dois terços dos pacientes acometidos pela tuberculose pulmonar<sup>12; 13</sup>.

Esses dados estão de acordo com este estudo, no qual se observou a predominância do sexo masculino. Este fato pode ser explicado pela diferença de exposição a fatores de risco por parte dos homens e aos hábitos de vida desta população associados à procura limitada pelos serviços de saúde, favorecendo assim, a maior incidência neste sexo. Especula-se que as diferenças de gênero na prevalência de tuberculose notificada mundialmente podem realmente refletir diferenças no comportamento relacionado ao gênero, incluindo o acesso tardio dos homens a serviços de saúde<sup>14</sup>.

Na tabela 1 estão descritos os casos notificados segundo a idade dos pacientes. Os dados apontam que no período de referência da pesquisa houve maior prevalência em indivíduos no intervalo de faixa etária entre 20-59 anos (72,1%), seguido do intervalo situado entre 60-79 anos (16,5%) os valores registrados seguem o padrão nacional, demonstrando um predomínio de acometimento da doença numa das fases mais ativas da vida. O Ministério da Saúde destaca que a importância e eficácia da vacina BCG, vacina preconizada para crianças na intenção de reduzir o risco da infecção pela TB, além das pessoas mais jovens, também visa à proteção dos adultos ativos economicamente e dos idosos, considerados como população vulnerável imunologicamente no país. O mesmo se dá com indivíduos com idade entre 60-79 anos cujo sistema imunológico é afetado pelas condições do envelhecimento.

Na Tabela 2 estão descritos os casos notificados conforme raça/cor dos pacientes. Os dados da Tabela 2 apontam maior incidência da TB (63,3%) em pessoas de cor parda, no período da pesquisa. Em contrapartida, estudos indicam que nas populações

mais vulneráveis, as taxas de incidência são maiores do que a média nacional da população geral, sendo duas vezes maior na população negra e quatro vezes maior na indígena<sup>15</sup>.

Acerca da relação com o HIV o índice de pessoas com TB foi de apenas 2,2%, dado que não corrobora com os dados da OMS onde pacientes com HIV apresentam entre 21 a 34 vezes maior risco de desenvolver TB em relação ao restante da população, sendo assim é uma condição de relevante mortalidade. O mesmo ocorre com a população carcerária cuja taxa entre os portadores de HIV é 30 vezes maior<sup>16; 17</sup>.

A OMS publicou a Estratégia pelo Fim da Tuberculose que tem como meta o fim do TB como problema de saúde pública até o ano de 2035, entre os principais obstáculos para alcance da meta está o aumento no rastreamento, tratamento e diagnóstico da Infecção Latente por Tuberculose (ILTb), principalmente em contatos e pessoas coinfectadas com TB/HIV<sup>18</sup>.

O mesmo ocorre com a população vivendo em situação de rua, que em Barreiros aponta para infectados com TB apenas 1,1% em relação à população geral. Apesar dos dados do município de Barreiros serem relevantemente baixos, estudos indicam que esta taxa pode chegar ser 67 vezes maior em relação ao restante da população<sup>15</sup>.

A relação da TB com a pobreza se expressa claramente em sua distribuição mundial, onde a carga da doença está ligada diretamente às condições de vida da população. Tendo a pobreza como pano de fundo, observa-se que os mais pobres são os que possuem menos educação, mais moradias insalubres, menor acesso aos serviços de saúde, mais alimentação inadequada, entre outros. Identificar que esses sujeitos são mais suscetíveis a adoecer por TB demanda pensar em estratégias, para o cuidado desses grupos levando em conta esses determinantes sociais<sup>19</sup>.

Os desfechos clínicos dos pacientes atendidos no município estão dispostos na tabela 3. Na amostra estudada, os registros indicam que apenas 1 paciente (1,1%) veio a óbito durante o período analisado (Janeiro de 2014 a dezembro de 2018); 72 (80%) obtiveram cura; 3 (3,3%) foram transferidos para outro município; 3 (3,3%) abandonaram o tratamento e 1 (1,1%) paciente apresentou-se multirresistente ao tratamento submetido. A ausência de registros pode estar relacionada a ocorrência de retratamento, hospitalização ou uso de regime de tratamento de tuberculose diferente pelo paciente.

A TBMDR (tratamento da tuberculose multidroga resistente) refere-se à resistência às drogas utilizadas para o tratamento. Segundo o MS a TBMR é o caso de tuberculose, com diagnóstico por cultura e identificação de *M tuberculosis* e teste de sensibilidade com resistência à rifampicina e isoniazida. A resistência decorre, principalmente, do tratamento irregular, o que coloca em destaque a importância do rápido diagnóstico e instalação do tratamento. Também é fundamental a adesão ao tratamento, ou seja, a regularidade da tomada da medicação no período e nas doses prescritas pelo profissional médico. Vale salientar que a resistência é evidenciada quando o paciente apresenta baciloscopia positiva, mesmo após o 4º mês de tratamento<sup>3</sup>.

O abandono do tratamento é um dos principais desafios para o sistema de saúde brasileiro e é caracterizado pelo não comparecimento do doente ao serviço de saúde por mais de trinta dias consecutivos, após a data apazada para o retorno. Inúmeros estudos apontam para as razões do abandono do tratamento, dentre as quais destacam-se: o insucesso do tratamento causado pelo prolongamento do estado infeccioso aumentando a possibilidade de transmissão e de desenvolvimento de bacilos multirresistentes, isto é, aqueles que apresentam resistência *in vitro* à rifampicina, à isoniazida e a uma terceira droga dos esquemas padronizados no tratamento da TB<sup>13; 20; 21</sup>.

Outro ponto importante que pode ser destacado por estudos na área refere-se as fragilidades na produção do cuidado ao paciente de TB que acaba culminando com a interrupção do tratamento. Destaca-se ainda a pouca valorização do contexto sociocultural do doente, para o desenvolvimento de projetos terapêuticos singularizados, somada à debilidade do vínculo com os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e a pouca produção de acolhimento. Todos esses fatores são contribuem de algum modo para o abandono do tratamento <sup>22;23</sup>.

Há ainda outros fatores de risco para o abandono de tratamento da TB pulmonar. Dentre eles: baciloscopia negativa no diagnóstico, ausência de trabalho fixo, uso diário de bebida alcoólica, relato de não apresentar melhora clínica durante o tratamento e rejeição ao serviço de saúde, traduzida por sua informação de não voltar ao mesmo serviço e/ou ter procurado outro serviço, têm certa relevância <sup>24</sup>.

Vale ressaltar a importância de realização, pelo município, de elaboração de estratégias para efetuação de ações preventivas e de diagnóstico precoce da doença, como a busca ativa de casos através da atenção básica com a ESF e monitoramento eficaz por meio de registros dos desfechos clínicos observados a partir dos casos <sup>23</sup>.

## **CONCLUSÃO**

No Brasil, a infecção pelo *M. tuberculosis* ocorre geralmente na infância e a probabilidade de aquisição da doença está associada, principalmente a fatores socioeconômicos. A tuberculose ainda é considerada um grande problema de saúde pública e o controle da doença continua sendo um desafio tendo em vista que o sistema de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis no Brasil é rotineiramente passivo.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com as intercorrências relativas ao tratamento, uma vez que falhas nesse aspecto são inadmissíveis, principalmente por ser uma doença infectocontagiosa. Portanto, o profissional deve tentar facilitar a vida do paciente, oferecendo melhores condições para que se possa realizar o tratamento sem haver abandono no meio do processo.

Portanto, a proposta do trabalho sinaliza para a importância da atenção em saúde aos pacientes vulneráveis à doença. Em relação aos benefícios, a pesquisa pode subsidiar outras pesquisas na área proporcionando dados atualizados acerca dos casos notificados de tuberculose, permitindo comparações e um estudo mais aprofundado de questões que visem o monitoramento da doença no município de Barreiros.

## REFERÊNCIAS

- [1] BARREIRA, Draurio. Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e00100009, 2018.
- [2] KOZAKEVICH, Gabriel Vilella; DA SILVA, RosemeriMaurici. Tuberculose: revisão de literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 4, p. 34-47, 2016.
- [3] BERTOLOZZI, Maria Rita et al. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. **Revista de Medicina**, v. 93, n. 2, p. 83-89, 2014.
- [4] ROCHA, Bernardo Barbosa et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de queijo não pasteurizado entre pacientes com tuberculose de uma área urbana do Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Veterinária**, v. 21, n. 2, 2014.
- [5] FERRI, Anise Osório et al. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. **Revista Liberato, Novo Hamburgo**, v. 15, n. 24, p. 105-212, 2014.
- [6] PROCÓPIO, Maria José. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2014.
- [7] MONTEIRO, Nayara et al. Diagnóstico da tuberculose em unidades prisionais do oeste paulista: importância da cultura e avaliação da implantação do teste rápido molecular. In: **Colloquium Vitae**. 2018.

[8] ANDRADE, Heuler Souza et al. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 242-258, 2017.

[9] COBBETT, Louis. **The causes oftuberculosis**. Cambridge University Press, 2014.

[10] SOBRINHO, Reinaldo Antonio Silva et al. Conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 34-40, 2014.

[11] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364 p.

[12] CLEMENTINO, Francisco de Sales; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. **Rev. enferm. UERJ**, v. 23, n. 3, p. 350-354, 2015.

[13] SOARES, Marcelo Luiz Medeiros et al. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 369-378, 2017.

[14] MORAES, Mário Fernando Viana et al. Perfil epidemiológico de casos de tuberculose em um município prioritário no Estado do Maranhão. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 3, 2018.

[15] BLACK, Taciana Lima; CARDOSO, Mirian Domingos. Coinfecção TB/HIV em adolescentes residentes em pernambuco, notificados no período de 2001 a 2016/TB/HIV coinfection in adolescentsresident in pernambuco, notified in theperiod 2001 to 2016. **BrazilianJournalof Health Review**, v. 2, n. 1, p. 321-334, 2018.

[16] RESENDE, Natália Helena de et al. Problemas relacionados ao uso de medicamentos em pacientes com tuberculose e HIV/AIDS em hospital referência. **Einstein (Sao Paulo)**. v. 17, n. 4, p. -, 2019.

[17] MAGNABOSCO, Gabriela Tavares et al. Desfecho dos casos de tuberculose em pessoas com HIV: subsídios para intervenção. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 5, p. 554-563, 2019.

[18] OLIVEIRA, Jeyce Kelly et al. Coinfecção por tuberculose e HIV/AIDS no Estado de Sergipe. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. 2019.

[19] CARVALHO FILHO, Aguimar Xavier; SILVA, José Paula. Tuberculose em Minas Gerais e Determinantes Sociais. **Revista Atenas Higeia**, v. 1, n. 2, p. 24-27, 2019.

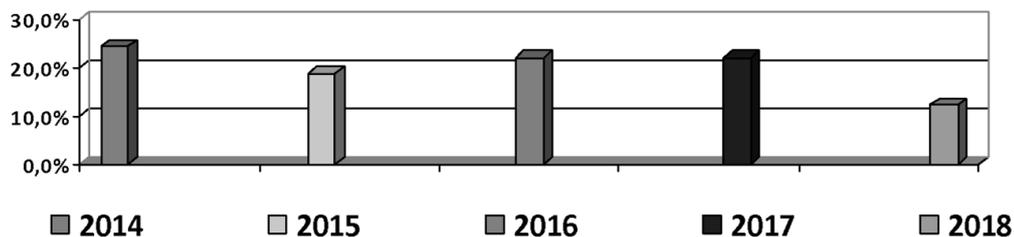
[22] ARAUJO, Adson Silva; VIEIRA, Silmara Santos; JUNIOR, Bernardo Lucena. Fatores condicionantes ao abandono do tratamento da Tuberculose relacionados ao usuário e à equipe de saúde. **Saúde e Desenvolvimento**, v. 10, n. 6, 2017.

[21] PEREIRA, Alessandra Gonçalves Lisbôa et al. Fatores associados ao óbito e ao abandono do tratamento da tuberculose em um hospital geral do município do Rio de Janeiro, 2007 a 2014. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 8, n. 2, p. 150-158, 2018.

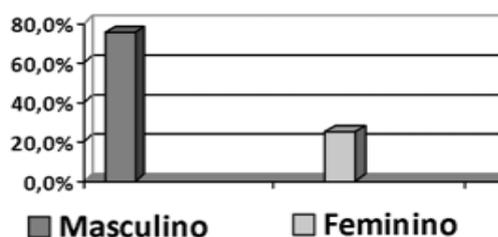
[22] ARAUJO, Adson Silva; VIEIRA, Silmara Santos; JUNIOR, Bernardo Lucena. Fatores condicionantes ao abandono do tratamento da Tuberculose relacionados ao usuário e à equipe de saúde. **Saúde e Desenvolvimento**, v. 10, n. 6, 2017.

[23] SILVA, Érika Andrade et al. Perfil dos casos de abandono do tratamento da tuberculose em um município prioritário mineiro. **HU Revista**, v. 44, n. 3, p. 351-360, 2018.

[24] CHIRINOS, Narda Estela Calsin; MEIRELLES, BetinaHörnerSchlindwein; BOUSFIELD, Andréa Barbará Silva. A relação das representações sociais dos profissionais da saúde e das pessoas com tuberculose com o abandono do tratamento. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2017.

**Figura 1** – Casos notificados\* de Tuberculose entre os anos de 2014 a 2018.

\* **Notas:** [1] Excluídos os registros encerrados com mudança de diagnóstico; [2] Períodos disponíveis - Correspondem aos anos de notificação dos casos; Dados de 2001 a 2014 atualizados em 10/2018; [3] Dados disponibilizados no TABNET em 03/2019. **Fonte:** SINAN/DATASUS, 2019.

**Figura 2** – Casos notificados de Tuberculose conforme o sexo.

**Fonte:** SINAN/DATASUS, 2019.

**Tabela 1** – Casos notificados conforme a idade.

Faixa etária	2014		2015		2016		2017		2018	
	NA*	(%)								
< 1 ano	---	---	---	---	---	---	---	---	01	9,0
5-9	---	---	01	5,8	---	---	---	---	---	---
15-19	02	9,0	02	11,7	---	---	---	---	02	18,1
20-39	07	31,8	08	47,0	08	40,0	09	45,0	03	27,3
40-59	09	41,0	03	17,6	07	35,0	08	40,0	03	27,3
60-64	02	9,0	01	5,8	02	10,0	---	---	---	---
65-69	01	4,5	01	5,8	01	5,0	---	---	01	9,0
70-79	01	4,5	01	5,8	02	10,0	01	5,0	01	9,0
80 e+	---	---	---	---	---	---	01	5,0	---	---
Total	22	100	17	100	20	100	20	100	11	100

[NA]: Número absoluto; **Fonte:** SINAN/DATASUS, 2019

**Tabela 2** – Casos notificados conforme a raça/cor.

Raça	2014		2015		2016		2017		2018		Total do período	
	NA*	(%)	NA*	(%)								
Branca	05	22,7	01	5,9	02	10,0	04	20,0	01	9,0	13	14,4
Preta	03	13,6	03	17,6	03	15,0	01	5,0	---	---	10	11,1
Parda	13	59,0	12	70,6	11	55,0	12	60,0	09	81,8	57	63,3
Amarela	---	---	---	---	01	5,0	---	---	---	---	01	1,1
Ign.	01	4,5	01	5,9	03	15,0	03	15,0	01	9,0	09	10
Total	22	100	17	100	20	100	20	100	11	100	90	100

[Ign]: Ignorado; [NA]: Número absoluto; **Fonte:** SINAN/DATASUS, 2019

**Tabela 3** – Desfechos clínicos.

Desfecho clínico	2014		2015		2016		2017		2018		Total do período	
	NA*	(%)	NA*	(%)	NA*	(%)	NA*	(%)	NA*	(%)	NA*	(%)
Cura	20	91,0	17	100	18	90,0	16	80,0	01	9,0	72	80,0
TBMDR*	---	---	---	---	01	5,0	---	---	---	---	01	1,1
Óbito por tuberculose	---	---	---	---	---	---	01	5,0	---	---	01	1,1
Transferência	01	4,5	---	---	---	---	01	5,0	01	9,0	03	3,3
Abandono	01	4,5	---	---	---	---	02	10,0	---	---	03	3,3
Sem registro	---	---	---	---	01	5,0	---	---	09	81,8	10	11,1
Total	22	100	17	100	20	100	20	100	11	100	90	100

\*[TBMDR] Tuberculose Multidrogarresistente; **Fonte:** SINAN/DATASUS, 2019