

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TUBERCULOSE PULMONAR, RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SALVADOR, ENTRE O ANO DE 2010 E 2014

Edimar dos Santos Fiuza¹

Jéssica Soares²

Jéssica Petrilli³

Iukary Takenami⁴

Resumo

Tuberculose, doença crônica infectocontagiosa, causada por *Mycobacterium tuberculosis*, ainda representa um grave problema de saúde pública. As abordagens que delimitam o contexto, as condições e o padrão de ocorrência da doença, são evidências importantes que auxiliam o planejamento das ações dos gestores e da equipe de saúde. Portanto, com o propósito de reforçar e contribuir com as medidas de saúde pública o objetivo do estudo é avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com TB pulmonar no período de 2010 a 2014, residentes no município de Salvador. Ao longo do período do estudo, foram notificados 11.434 casos de TB pulmonar, com média de 190,5 casos/ano. Homens pardos na faixa etária de 15 a 39 anos foram os mais acometidos pela doença. A primeira baciloscopia foi capaz de detectar apenas 7.173 (62,7%) casos de TB. Além disso, observa-se que houve cura em 53,4% e apenas 9% abandonaram o tratamento. Deste modo, considera-se oportuno o planejamento de estratégias que tenham como objetivo primordial, além da detecção precoce da doença, o acompanhamento de grupos prioritários, a fim de se obter resultados satisfatórios no encerramento do tratamento, permitindo contribuir para a melhoria das ações de prevenção e controle.

Palavras chave: Tuberculose; Perfil epidemiológico; Salvador.

Abstract

Tuberculosis, infectious chronic disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*, still represents a serious health problem. The approaches that define the context, the conditions and the pattern of occurrence of the disease are important evidence that help planning the actions of managers and health staff. Therefore, in order to strengthen and contribute to the public health measures the objective of the study is to evaluate the epidemiological profile of patients diagnosed with pulmonary TB, reported in the city of Salvador between 2010 and 2014. In that period, 11,434 cases of pulmonary TB were reported, with an average of 190.5 cases/year. Brown men aged 15-39 years were the most affected by the disease. The first smear was able to detect only 7,173 (62.7%) cases of TB. Furthermore, it was observed that there was 53.4% cure and only 9% abandoned treatment. Thus, it is considered appropriate planning strategies that have as their primary objective, as well as early detection of disease, monitoring of priority groups in order to obtain satisfactory results at the end of treatment, allowing contribute to the improvement of the actions of prevention and control.

Keywords: Tuberculosis; Epidemiological profile; Salvador.

¹Graduando do curso de Biomedicina da Universidade Salvador – UNIFACS. edimar.fs@hotmail.com

²Graduanda do curso de Biomedicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. jessicasoares13.1@bahiana.edu.br

³Mestranda da Pós-Graduação em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa – PgBSMI. Laboratório Avançado de Saúde Pública-LASP/ FIOCRUZ-BA. jessica_petrilli@hotmail.com

⁴Biomédica. Doutora em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa. Docente em Biomedicina da Universidade Salvador – UNIFACS (BA). iukary.takenami@pro.unifacs.br

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada por *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) (GOLDMAM & SCHAFER, 2014). A transmissão acontece pelas vias aéreas através da inalação de perdigotos contendo bacilos viáveis, os quais foram expelidos através da fala, do espirro e principalmente da tosse de um paciente bacilífero. Após a inalação, a depender da resposta imunológica, o bacilo poderá ser totalmente eliminado pelo hospedeiro, estabelecer o estado de latência clínica [tuberculose latente (TBL)] ou levar ao desenvolvimento da forma ativa da doença (COURA, RJ, 2013; NARASIMHAN et al., 2013). Apesar de dispormos de esquemas de tratamento eficazes contra o bacilo, a TB ainda é considerada um grave problema de saúde pública, devido, principalmente, às dificuldades encontradas na prevenção e controle da doença.

Segundo a Organização mundial de Saúde (OMS), 30% da população mundial está infectada por Mtb. Estima-se que nove milhões de indivíduos desenvolvem a doença e, anualmente, dois milhões vão a óbito, especialmente em áreas onde os recursos, como alimentação, saúde e educação são limitados (OMS, 2014). O Brasil possui o maior número de casos registrados na América do Sul, com uma prevalência estimada em 57 casos por 100.000 habitantes. Além disso, é uma das doenças infecciosas que mais acomete a população brasileira, constituindo uma das principais causas de morbimortalidade no país. No Brasil, são notificados cerca de 160 mil casos por ano, o que coloca o país na 22ª posição no *ranking* dos 22 países responsáveis por 80% dos casos de TB no mundo (BRASIL, 2015).

Entre os anos de 2010 e 2014, a incidência média brasileira de TB foi de 34,6 casos por 100.000 habitantes (OMS, 2014). Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre este período, Salvador apresentou uma incidência média de 62,3 casos por 100.000 habitantes. De acordo com o último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (MS) Salvador é a segunda capital do Nordeste e a sétima do país em número de casos novos de TB (BRASIL, 2015)

As subnotificações da doença é a grande preocupação dos setores de saúde pública, pois dificulta as medidas de prevenção e controle da TB. Dentre as medidas de controle destaca-se a detecção precoce e o tratamento efetivo (MACHADO Jr et al, 2009a; MACHADO Jr et al, 2009b). No entanto, a detecção dos casos de TB, apesar de ser uma ação imprescindível no controle da doença, não é prioridade nos serviços de saúde. É importante ressaltar que a detecção precoce visa eliminar a fonte de infecção na comunidade,

contribuindo com a ruptura da cadeia de transmissão do bacilo. Além disso, o desenvolvimento de conhecimento acerca da vigilância deste agravo, deve ser sistematizado no âmbito municipal, pois é nele onde as ações acontecem. As abordagens que delimitam o contexto, as condições e o padrão de ocorrência da TB, são evidências importantes que auxiliam o planejamento das ações dos gestores e da equipe de saúde, qualificando a saúde do município. Portanto, com o propósito de reforçar e contribuir com as medidas de saúde pública, através da identificação de grupos de risco prioritário, este estudo tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico dos indivíduos diagnosticados com TB pulmonar, residentes no município de Salvador, no período de 2010 a 2014.

2 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de série histórica com base em dados secundários, disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referente aos casos notificados de pacientes com TB pulmonar residentes no município de Salvador, Bahia, entre o período de 2010 a 2014.

As variáveis selecionadas para avaliação foram: sexo, idade, raça, co-infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), baciloscopia do escarro para diagnóstico, baciloscopia de escarro para controle de tratamento, cultura para *Mtb* e desfecho clínico.

Considerando que este estudo utilizou dados secundários, os autores se comprometeram a garantir o sigilo e a privacidade das informações coletadas, de acordo com as normas exigidas pela Resolução 466/12.

3 RESULTADOS

Durante o período de 2010 a 2014 foram notificados 11.434 casos de TB pulmonar no município de Salvador. Ao longo desse período houve uma redução progressiva no número de casos registrados. A média do número de casos anual e mensal foi de 2.286 e 190,5 casos, respectivamente (Figura 1). A média da redução anual foi de 80 casos. No entanto, observa-se que a maior taxa de redução foi registrada entre o ano de 2010 e 2011, correspondendo a 116 (36,2%) casos.

A população mais atingida pela doença foram os indivíduos do sexo masculino (62,73%), jovens e adultos entre 15 à 39 anos (49,5%), seguido do grupo de 40 à 64 anos

(40,08%). Embora a faixa etária de jovens e adultos seja a mais atingida, ao longo dos anos, observa-se um aumento no número de casos entre os indivíduos com mais de 65 anos de idade. Dos 11.434 casos notificados, 6.273 (54,9%) dos indivíduos se declaram pardos, independente do ano avaliado. Por outro lado, houve uma discreta diminuição no número de casos na raça indígena, enquanto que as outras raças avaliadas mantiveram-se constante ao longo dos anos de estudo (Tabela 1).

Figura 1 - Número de casos novos de tuberculose pulmonar notificados entre os anos de 2010 e 2014.

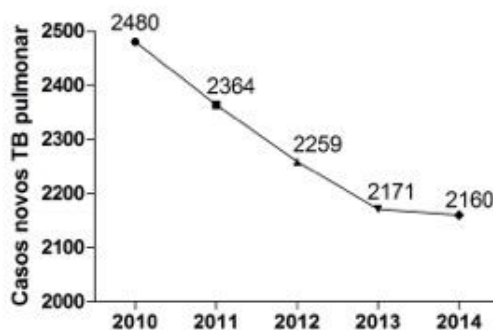


Tabela 1 - Perfil demográfico dos casos novos de tuberculose pulmonar notificados entre o ano de 2010 a 2014 no município de Salvador-BA

Variáveis	ANO					TOTAL n (%)
	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	
Sexo						
Masculino	1.534 (61,9)	1.483 (62,7)	1.414 (62,6)	1.399 (64,4)	1.343 (62,2)	7.173 (62,73)
Feminino	946 (38,09)	881 (37,3)	842 (37,39)	771 (35,6)	817 (37,8)	4.257 (37,23)
Branco/Ign	1 (0,01)	-	3 (0,01)	-	-	4 (0,04)
Faixa etária						
0 a 14 anos	72 (2,9)	86 (3,6)	52 (2,3)	50 (2,3)	50 (2,3)	310 (2,7)
15 – 39 anos	1.260 (50,8)	1.159 (49)	1.100 (48,7)	1.062 (48,9)	1.079 (50)	5.660 (49,5)
40 – 64 anos	976 (39,3)	927 (39,2)	913 (40,4)	881 (40,6)	882 (40,8)	4.579 (40,08)
≥ 65anos	171 (6,9)	191 (8,07)	193 (8,5)	178 (8,2)	149 (6,9)	882 (7,7)
Branco/Ign	01 (0,04)	01 (0,03)	01 (0,04)	-	-	03 (0,02)
Raça						
Branca	272 (11)	235 (9,9)	177 (7,9)	179 (8,2)	179 (8,3)	1.042 (9,1)
Preta	674 (27,2)	653 (27,6)	522 (23,1)	471 (21,7)	485 (22,4)	2.805 (24,5)
Amarela	42 (1,7)	42 (1,8)	25 (1,1)	15 (0,7)	22 (1)	146 (1,3)
Parda	1.289 (52)	1.217 (51,5)	1.282 (56,8)	1.319 (60,8)	1.166 (54)	6.273 (54,9)
Indígena	21 (0,8)	6 (0,3)	10 (0,4)	6 (0,3)	3 (0,1)	46 (0,4)
Branco/Ign	182 (7,3)	211 (8,9)	243 (10,7)	181 (8,3)	305 (14,2)	1.122 (9,8)
TOTAL	2.480 (100)	2.364 (100)	2.259 (100)	2.171 (100)	2.161 (100)	11.434 (100)

n= número absoluto de casos; Branco/Ign: Aqueles que não responderam as variáveis.

Em relação a coinfeção TB/HIV, apesar da sorologia para HIV ser recomendada para todos os casos diagnosticados por TB, observou-se que apenas 6.650 (58,1%) realizaram o

teste de HIV, resultando em um percentual de positividade de apenas 14,5% (966/6.650) (Tabela 2).

A cultura de escarro, considerada o padrão ouro no diagnóstico da TB, não é realizada com frequência em pacientes com suspeita de TB. Observa-se que independente do ano analisado, 69,7% dos pacientes não realizam a cultura do escarro e que, a maior taxa foi registrada em 2014, onde 73,9% dos casos não realizaram o exame. A realização da primeira baciloscopia de escarro ocorreu em média em mais de 85% dos casos com suspeitas de TB. Dos 11.434 novos casos de TB pulmonar, a primeira baciloscopia foi capaz de detectar 7.173 (62,7%) casos, enquanto que a segunda baciloscopia foi capaz de detectar 4.000 (35%) casos. Para análise do desfecho do tratamento, 32 pacientes diagnosticados com TB pulmonar ainda apresentam baciloscopia de escarro positiva após os seis meses de tratamento. Entretanto dos 11.434, 2.884 (25,2%) não realizaram a baciloscopia do sexto mês (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil clínico dos casos novos de tuberculose pulmonar notificados entre o ano de 2010 a 2014 no município de Salvador-BA

Variáveis	ANO					TOTAL n (%)
	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	
HIV						
Resultado em andamento	571 (23)	468 (19,8)	454 (20,1)	396 (18,2)	293 (13,5)	2.182 (19)
Positivo	215 (8,7)	180 (7,6)	174 (7,7)	187 (8,6)	210 (9,7)	966 (8,4)
Negativo	543 (21,9)	716 (30,3)	687 (30,4)	660 (30,4)	896 (41,5)	3.502 (30,6)
Não realizou	1.151 (46,4)	1.000 (42,3)	943 (41,7)	928 (42,8)	761 (35,2)	4.783 (41,8)
Branco/Ign	-	-	1 (0,04)	-	-	1 (0,01)
Cultura do escarro						
Resultado em andamento	563 (22,7)	521 (22)	415 (18,4)	321 (14,8)	261 (12)	2081 (18,2)
Positivo	193 (7,7)	126 (5,4)	174 (7,7)	158 (7,3)	184 (8,6)	835 (7,3)
Negativo	122 (5)	85 (3,6)	97 (4,3)	120 (5,5)	118 (5,5)	542 (4,7)
Não realizou	1.602 (64,6)	1.632 (69)	1.572 (69,6)	1.572 (72,4)	1.597 (73,9)	7.975 (69,7)
Branco/Ign	0	0	1 (0,04)	0	0	1 (0,008)
Primeira baciloscopia						
Positivo	1.570 (63,3)	1.498 (63,5)	1.408 (62,3)	1.352 (62,3)	1.345 (62,3)	7.173 (62,7)
Negativo	571 (23)	515 (21,7)	504 (22,4)	494 (22,7)	446 (20,7)	2.530 (22,1)
Não realizou	339 (13,7)	351 (14,8)	346 (15,3)	325 (15)	369 (17)	1.730 (15,1)
Branco/Ign	0	0	1	0	0	1 (0,01)
Segunda Baciloscopia						
Positivo	897 (36,1)	839 (35,6)	801 (35,4)	792 (36,5)	671 (31)	4.000 (35)
Negativo	454 (18,3)	440 (18,6)	397 (17,5)	384 (17,7)	298 (13,8)	1.973 (17,2)
Não realizou	1.033 (41,6)	996 (42,1)	980 (43,4)	896 (41,2)	788 (36,5)	4.693 (41)
Branco/Ign	96 (3,9)	89 (3,7)	81 (3,6)	99 (4,5)	403 (18,6)	768 (6,8)
Baciloscopia do segundo mês						
Positivo	102 (4,2)	99 (4,2)	87 (3,8)	67 (3)	57 (2,6)	412 (3,7)
Negativo	544 (21,9)	592 (25)	493 (21,8)	478 (22)	325 (15)	2.432 (21,2)
Não realizou	779 (31,4)	786 (33,3)	616 (27,4)	812 (37,4)	486 (22,5)	3.479 (30,4)
Branco/Ign	1.055 (42,5)	887 (37,5)	1.063 (47)	814 (37,5)	1.292 (59,8)	5.111 (44,7)
Baciloscopia do sexto mês						
Positivo	9 (0,4)	8 (0,3)	4 (0,1)	9 (0,4)	2 (0,1)	32 (0,3)
Negativo	548 (22,1)	603 (25,6)	457 (20,3)	431 (19,8)	275 (12,7)	2.314 (20,3)
Não Realizou	704 (28,4)	645 (27,3)	508 (22,5)	668 (30,8)	359 (16,6)	2.884 (25,2)
Branco/Ign	1.219 (49,1)	1.108 (46,8)	1.290 (57,1)	1.063 (48,9)	1.524 (70,5)	6.204 (54,2)
TOTAL	2.480 (100)	2.364 (100)	2.259 (100)	2.171 (100)	2.161 (100)	11.434 (100)

n= número absoluto de casos; Branco/Ign: Aqueles que não responderam as variáveis.

Com exceção de 2011, a taxa de cura apresentou queda entre os anos de 2010 a 2014, sendo a média de cura entre os casos notificados de 53,02% ao longo dos anos. As taxas de óbitos e abandono de tratamento se mantiveram estáveis entre o período proposto. Por outro lado, observou-se que a de brancos e/ou ignorados aumentaram durante o período do estudo, com média estimada em 16,9%, respectivamente.

Tabela 3 - Distribuição segundo o resultado do tratamento dos pacientes com tuberculose pulmonar notificados no período de 2010 a 2014, residentes no município de Salvador-BA.

Situação de encerramento	ANO					TOTAL n (%)
	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	
Cura	1.508 (60,8)	1.491(63)	1.183 (52,3)	1.235 (56,9)	693(32,1)	6.110 (53,4)
Abandono	252 (10,1)	235 (9,9)	217 (9,6)	211 (9,7)	118 (5,5)	1.033 (9)
Óbito por TB	64 (2,6)	36 (1,5)	35 (1,5)	24 (1,1)	31 (1,4)	190 (1,7)
Óbito por outras causas	64 (2,6)	58 (2,4)	37 (1,6)	38 (1,7)	30 (1,5)	227 (2)
Transferência	437 (17,6)	359 (15,2)	325 (14,4)	335 (15,4)	406 (18,4)	1.862 (16,3)
TB MDR	15 (0,6)	18 (0,8)	29 (1,3)	34 (1,5)	26 (1,2)	122 (1)
Branco/Ign	140 (5,6)	167 (7)	433 (19,1)	294 (13,5)	856 (39,2)	1.890 (16,5)
TOTAL	2.480 (100)	2.364 (100)	2.259 (100)	2.171 (100)	2.161 (100)	11.434 (100)

TB MDR = tuberculose multirresistente; Branco/Ign: Aqueles que não responderam as variáveis.

4 DISCUSSÃO

Entre 2010 e 2014 o número de casos novos notificados em Salvador apresentou uma diminuição progressiva. O aumento de políticas de saúde pública, da informação facilitada pelas mídias sociais, assim como a descentralização dos programas de saúde, melhora a atenção da população à saúde. Com isso, há aumento na procura pelo programa de saúde e maior alcance aos indivíduos infectados pelo Mtb, o que reflete na diminuição dos casos novos da doença.

Nossos achados demonstram que o sexo masculino foi o sexo mais acometido pela TB pulmonar, em consonância com outros estudos realizados no mesmo município (MACHADO Jr et al, 2009a; MACHADO Jr et al, 2009b). O fato da maioria dos homens serem chefes de família, portanto, mais ativos ao ambiente externo, aumenta à exposição e, por consequência, a probabilidade de contato com o bacilo. Embora o número de mulheres como chefes de família vem aumentando cada vez mais, as mulheres de forma geral demonstram maior atenção à saúde do que os homens (BRASIL, 2014b).

De acordo com o MS, o número aceitável de casos de TB pulmonar notificados por ano, entre 0 e 14 anos, é 15% do número total de casos (BRASIL, 2015). Salvador apresenta-se abaixo da taxa máxima tolerável de casos de TB nesta faixa etária, pois a média anual de

TB pulmonar foi de 2,68%, resultado semelhante a outro estudo realizado no mesmo município, cuja taxa foi estimada em 3% (MACHADO Jr et al., 2009a).

Campanhas públicas de saúde, como o incentivo à vacinação pela BCG, pode estar estreitamente relacionada com a diminuição dos casos novos de TB em crianças e jovens, uma vez que o MS preconiza o uso da vacina no primeiro mês de vida (BRASIL et al., 2012). Apesar dos adultos jovens serem os mais acometidos, principalmente devido a vida socialmente ativa, o que aumenta a exposição, é importante ressaltar que o número de casos registrados entre a faixa etária 40 a 64 anos também apresentou-se de forma elevada. Apesar de não existirem estudos que confirmem relação de aumento de TB pulmonar em indivíduos acima dos 65 anos, atualmente as pessoas possuem uma melhor qualidade de vida e por consequência maior expectativa de vida do que nos anos anteriores. Dessa forma, a frequência de desordens crônicas e a redução natural dos mecanismos imunológicos, pode proporcionar o desenvolvimento da doença.

Nosso estudo também demonstra uma tendência de indivíduos considerados pardos desenvolverem TB pulmonar. Esse achado pode ser reflexo da miscigenação da população soteropolitana, além do aumento de notificações como parda, devido à dificuldade da população em se classificar nas outras opções de raça. O aumento de casos novos de TB em negros comparados com brancos pode estar relacionado com a questão histórica da cidade e, portanto, maior proporção de negros do que brancos na comunidade. Entretanto, observou-se uma diminuição no número de casos em negros, brancos, índios e amarelo ao longo dos últimos cinco anos. Essa diminuição pode estar relacionada com uma maior/melhor medida de controle.

O MS pressupõe que 70% das baciloscopia realizadas em pacientes com suspeita de TB sejam positivas (BRASIL, 2015). De acordo com nossos achados, Salvador aproxima-se dessa taxa, já que 62,7% das baciloscopias realizadas entre 2010 e 2014 apresentarem-se positivas para o bacilo causador da TB. Esta técnica de diagnóstico é prevalente no Brasil por conta do seu baixo custo e pela facilidade de execução. Algumas pessoas não realizam a segunda baciloscopia por falta de instruções adequadas, principalmente quando a primeira baciloscopia apresenta resultado negativo. Uma vez que a primeira baciloscopia apresente resultado negativo, o indivíduo entende que não está com TB e, portanto, não repete o teste para confirmação do primeiro resultado negativo. Portanto, o número de pessoas que não realizam o segundo exame é menor conforme evidenciado nos resultados. A não realização da

segunda baciloscopia repercuti no maior número de pessoas doentes com possibilidade de transmissão e, com isso, perpetuando o ciclo da doença na comunidade.

O índice de pessoas que não realizaram o teste de HIV, apesar de parecer elevado, apresentou uma pequena redução entre os anos de 2010 e 2014. Paralelamente, o número de pessoas que realizaram o exame aumentou e o número de casos que realizaram o teste e apresentaram sorologia negativa dobrou. Portanto, observa-se que apesar de estar longe do ideal, o número de realizações do teste para detecção do HIV aumentou ao longo dos anos propostos, o que impacta na melhoria do controle da infecção viral na população (NORRGREN et al., 2010, 2008; PEDRAL-SAMPAIO et al., 1997).

Uma das metas do MS é promover a cura nos pacientes diagnosticados com TB. Observamos no estudo, uma diminuição gradativa da taxa de cura. A maior taxa foi apresentada em 2010 (60,8%) e a menor registrada foi em 2014 (32,1%), o que foge das metas do MS que visa uma média de 90% de cura dos casos de TB pulmonar. O município de Salvador se afasta da média de taxa de cura proposta, mas não se pode concluir que os tratamentos realizados são ineficazes. Apesar da taxa de abandono diminuir ao longo dos anos propostos pelo estudo, o número de branco/ignorado em situação de encerramento aumentou nos últimos cinco anos que pode estar refletindo na diminuição da taxa de cura, além do aumento nas transferências de tratamento para outros centros de saúde, dificultando o acompanhamento dos pacientes.

Quando se trata de mortalidade, a TB se encontra em diversos grupos populacionais. No entanto, o número de casos de óbitos por TB no município reduziu ao longo do período de estudo. A preocupação com a saúde do paciente ou a conduta terapêutica dos pacientes diagnosticados entre os anos avaliados demonstra uma melhora neste índice, paralelamente com o aumento das campanhas públicas. Por outro lado, os casos de TB multidrogas resistentes vêm aumentando, o que preocupa os agentes de saúde. Por isso, a assistência ao paciente deve ser atenciosa ao máximo, pois após 15 dias de tratamento os sintomas tendem a desaparecer, com isso, os pacientes acreditam estar curados e por consequência, abandonam o tratamento.

As principais limitações destacadas nesse estudo referem-se ao uso de dados de fonte secundária que, muitas vezes, apresenta problemas de completude e qualidade das informações. Além disso, pacientes que iniciaram o tratamento em agosto, setembro, outubro, novembro e dezembro só irão concluir o tratamento no ano de 2015, o que interfere diretamente na taxa de cura. Portanto, não se pode concluir como fidedignidade dados e

resultados como cura, uma vez que os dados de 2014 ainda não foram compilados e consolidados, por isso, estes dados não refletem a realidade do município no ano de 2014.

5 CONCLUSÃO

O número de casos notificados de TB pulmonar vem progressivamente diminuindo ao longo do período de estudo, destacando-se que os grupos de maior risco foram homens pardos, na faixa etária de 15 a 39 anos de idade. Apesar de quase metade dos indivíduos notificados não realizarem a sorologia para HIV, observa-se que a aderência ao teste aumenta com o passar dos anos. Além disso, observa-se que a primeira baciloscopia foi capaz de detectar apenas 62,7% dos casos, o que reforça à necessidade de aprimorar os testes diagnósticos. É notável ainda, a baixa taxa de cura como desfecho do tratamento, o que pode ser produto dos dados não consolidados do ano de 2014. Apesar dos esforços dispensados pelas equipes de saúde, a TB ainda representa um grave problema no município de Salvador, uma vez que pessoas contaminadas são potentes vias de disseminação da doença. Contudo, cabe a cada município, levando em consideração a realidade local, buscar medidas para a diminuição e combate da doença e, desta forma, garantir uma melhora na qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 29 jul. 2015.

BRASIL et al. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento. **Cadernos de Atenção Básica**. 33. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tuberculose no Brasil: realidade e perspectivas. **Boletim epidemiológico**, v. 43, 2012.

BRASIL. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia. **Boletim epidemiológico**, v. 44, 2013.

BRASIL. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. **Boletim epidemiológico**, v. 45, 2014a.

BRASIL. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tuberculose, população indígena e determinantes sociais. **Boletim epidemiológico**, v. 45, 2014b.

BRASIL. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. **Boletim epidemiológico**, v. 46, 2015.

COURA, RJ. Doenças produzidas por bactérias. In: **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. v. 1p. 1424–1463.

GOLDMAM, L; SCHAFER, IA. Doenças infecciosas. In: **Cecil Medicina - Adaptado a realidade brasileira**. 24. ed. Rio de Janeiro: Elsevier/Medicina Nacionais, 2014. p. 2242–2251. (v. 1).

MACHADO Jr, A.; EMODI, K.; TAKENAMI, I.; FINKMOORE, B. C.; BARBOSA, T.; CARVALHO, J.; CAVALCANTI, L.; SANTOS, G.; TAVARES, M.; MOTA, M.; BARRETO, F.; REIS, M. G.; ARRUDA, S.; RILEY, L. W. Analysis of discordance between the tuberculin skin test and the interferon-gamma release assay. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v.13, n.4, p.446-453, 2009a.

MACHADO, A.; FINKMOORE, B.; EMODI, K.; TAKENAMI, I.; BARBOSA, T.; TAVARES, M.; REIS, M. G.; ARRUDA, S.; RILEY, L. W. Risk factors for failure to complete a course of latent tuberculosis infection treatment in Salvador, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis**, v.13, n.6, p.719–25, 2009b.

NARASIMHAN, P. et al. Risk factors for tuberculosis. **Pulmonary Medicine**. p. 828939, 2013. (v. 2013)

NORRGREN, H. et al. Higher mortality in HIV-2/HTLV-1 co-infected patients with pulmonary tuberculosis in Guinea-Bissau, West Africa, compared to HIV-2-positive HTLV-1-negative patients. **International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases**, v. 14 Suppl 3, p. e142–147, set. 2010.

NORRGREN, H. R. et al. Increased prevalence of HTLV-1 in patients with pulmonary tuberculosis coinfecting with HIV, but not in HIV-negative patients with tuberculosis. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)**, v. 48, n. 5, p. 607–610, 15 ago. 2008.

PEDRAL-SAMPAIO, NULL et al. Co-Infection of Tuberculosis and HIV/HTLV Retroviruses: Frequency and Prognosis Among Patients Admitted in a Brazilian Hospital. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases: An Official Publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases**, v. 1, n. 1, p. 31–35, mar. 1997.

OMS. **Reporte Global da Tuberculose**. Geneva: Organização mundial de saúde, 2014.