

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

Volume 1
Edição 1
2018/1

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NO HDT

SINTOMAS DA TUBERCULOSE PULMONAR



Cenário

É uma doença infecciosa e transmissível, causada pelo complexo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. Sua transmissão ocorre a partir da inalação de aerossóis, produzidos pela tosse, espirro ou fala de doentes com tuberculose de vias aéreas (pulmonar ou laringea).

A tuberculose é um grave problema de saúde pública mundial e milhares de pessoas ainda adoecem e morrem devido à doença e suas complicações. Em 2014, a OMS aprovou a nova estratégia global para enfrentamento de tuberculose, com a visão de um mundo sem tuberculose até 2035. O Brasil teve papel de destaque ao ser o principal proponente da estratégia, principalmente por sua experiência com o SUS.

Buscando fortalecimento ao acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose, a fim de diminuir a incidência e o número de mortes da doença no país, há um trabalho conjunto entre os programas de controle de tuberculose (PCT), em todas as esferas.

No HDT, o Serviço de Controle da Tuberculose tem o objetivo de prestar assistência hospitalar e ambulatorial aos pacientes e acompanhantes, trabalhando em conjunto com os PCT (Programa de Controle da Tuberculose) municipal e estadual.





Definição de caso da tuberculose pulmonar

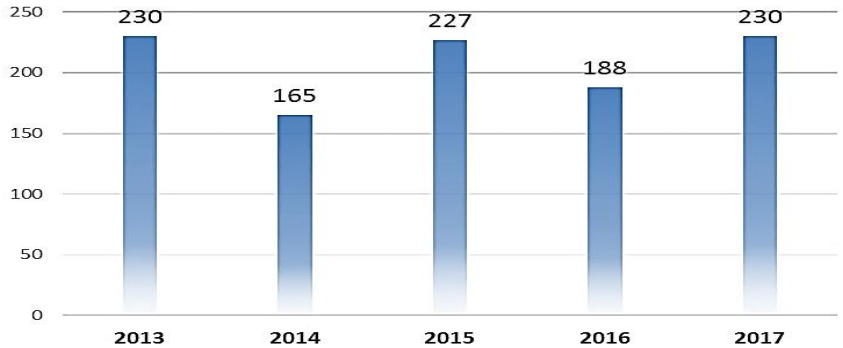
Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose.



Definição de caso da tuberculose extrapulmonar

Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para *M. tuberculosis* de material proveniente de localização extrapulmonar.

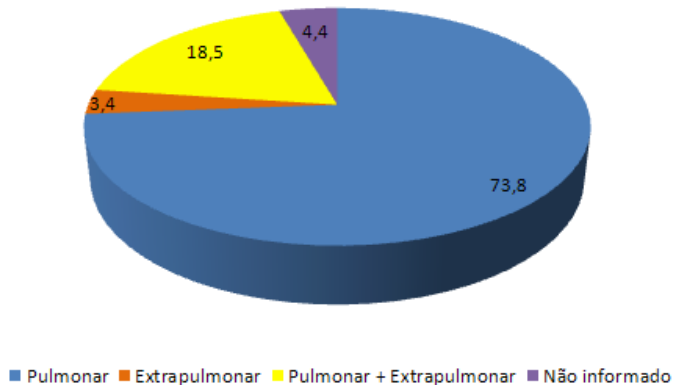
Gráfico 1 - Casos de tuberculose notificados, HDT, 2013 a 2017



Fonte: SIEP-NHVE/HDT, 2018

Durante o período analisado, um total de 1040 casos de tuberculose foram notificados no HDT. A distribuição anual evidencia uma média de 208 casos/ano, a maior proporção de casos ocorreu nos anos de 2013, 2015 e 2017 (n≈230).

Gráfico 2 – Proporção de casos notificados de tuberculose por forma de apresentação, HDT, 2013 a 2017



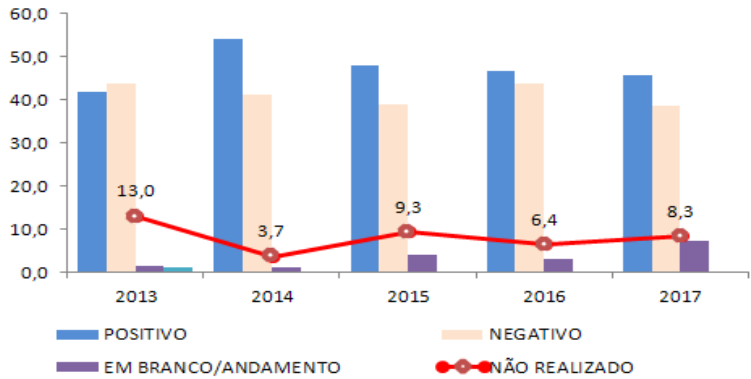
Fonte: SIEP-NHVE/HDT, 2018

No período de 2013 a 2017, foram notificados 1040 casos de tuberculose, destes 74% apresentaram a forma pulmonar e 19% a forma pulmonar e extrapulmonar concomitantemente. A forma pulmonar, além de ser a mais frequente, é, também, a mais relevante para a saúde pública, especialmente quando positiva à baciloscopia, pois é a principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença..



Todo serviço de saúde que diagnostica e trata tuberculose deve estar preparado para oferecer a testagem para HIV, assim como também todo Serviço de Atenção Especializada (SAE) deve solicitar a baciloscopia para pacientes infectados p e l o H I V .

Gráfico 3 - Percentual de testagem HIV e coinfeção, HDT, 2013 a 2017



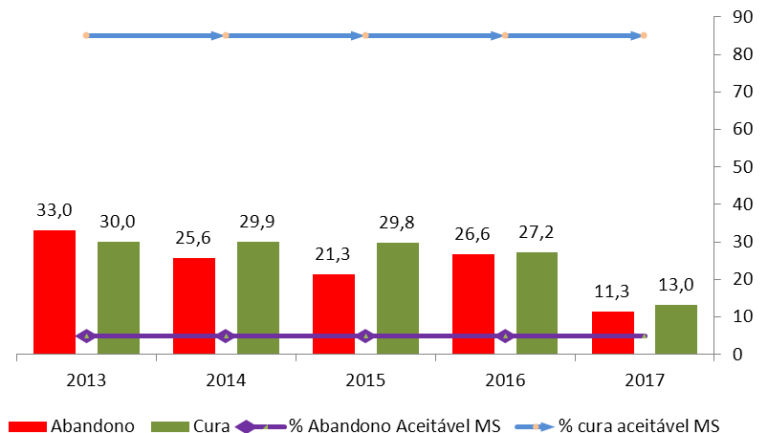
Fonte: SIEP-NHVE/HDT, 2018

A testagem para o HIV é uma recomendação do Ministério da Saúde, voltada para todos os pacientes com tuberculose. Isso se deve ao fato de as pessoas com HIV serem mais propensas a desenvolver a tuberculose ativa em comparação à população em geral. No HDT, o percentual de testagem para o diagnóstico do HIV, de 2013 a 2017, foi de 89%, evidenciando uma **coinfeção TB/HIV em 47% dos casos**.



A Tuberculose tem cura e o tratamento é gratuito e disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). Inclusive, a **vacina BCG** – administrada logo após o nascimento, previne contra as formas graves da doença na infância, mas não impede o adoecimento em outras fases da vida. Para êxito no tratamento, é importante que o paciente tome os medicamentos de forma regular (todos os dias) e no tempo previsto (mínimo de 06 meses).

Gráfico 4 - Proporção de cura e abandono dos casos de tuberculose tratados no HDT, 2013 a 2017



Fonte: SIEP-NHVE/HDT, 2018

Classificação de encerramento dos casos

Cura:

Quando ao completar o tratamento o paciente apresentar duas baciloscopias negativas: uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento (cura).

Abandono:

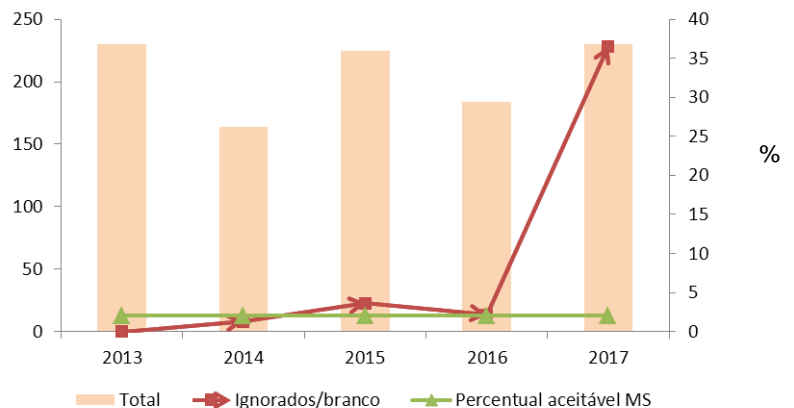
Quando o doente deixar de comparecer à unidade por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para seu retorno. Nos casos de tratamento supervisionado, o prazo de 30 dias conta a partir da última tomada da droga. A visita domiciliar realizada pela equipe de saúde, tem como um dos objetivos, evitar que o doente abandone o tratamento

Transferido:

Quando o doente for transferido para outro serviço de saúde. A transferência deve ser processada através de documento que informará sobre o diagnóstico e o tratamento realizado.

A cura dos pacientes com tuberculose é uma das principais estratégias para redução da morbimortalidade da doença. A OMS preconiza que, para o controle da doença, a meta de cura seja maior ou igual a 85% e a de abandono menor do que 5%. O número de abandono de tratamento para tuberculose manteve-se alto no período de 2013 a 2017. Por conseguinte, o percentual de cura dos casos que realizaram tratamento, ao longo destes quatro anos, variou entre 30% e 11%, abaixo do preconizado. É importante ressaltar, que o HDT é uma unidade terciária para o tratamento da tuberculose, portanto atende pacientes de maior complexidade, seja por eventos adversos aos tuberculostáticos, complicações moderadas a graves ou comorbidades associadas. Outro fator que contribui para desfecho desfavorável, são os altos índices de casos encerrados como “ignorados” no decorrer em 2017.

Gráfico 5 - Proporção de casos de tuberculose encerrados como “ignorados” no HDT, 2013 a 2017



Fonte: SIEP-NHVE/HDT, 2018

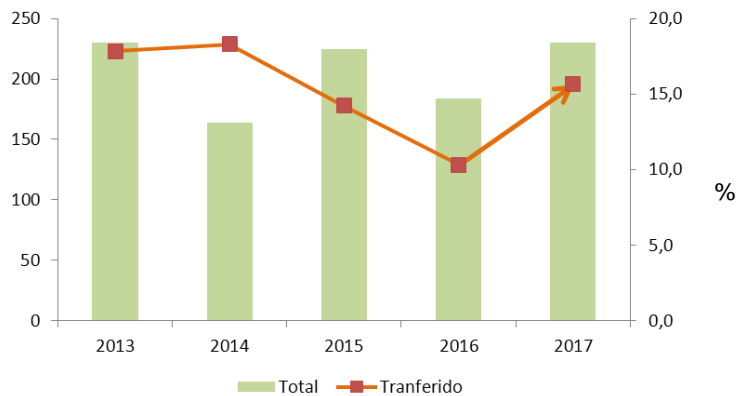
O percentual de “ignorados” no encerramento dos casos de tuberculose, do HDT, no período de 2013 a 2016, apresentou-se nos parâmetro aceitável pelo MS (até 2%). Entretanto 2017 apresentou percentual elevado de casos em andamento. É oportuno, acrescentar que vários casos de 2017 ainda não foram encerrados (ainda em tratamento) e portanto ainda estão classificados como ignorados quanto ao encerramento.

TDO

(Tratamento Diretamente Observado)

É um elemento-chave da estratégia DOTS que visa ao fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura.

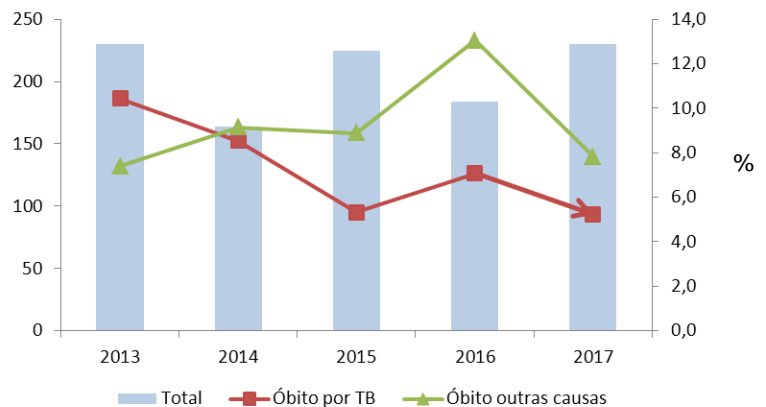
Gráfico 6 - Proporção de casos de tuberculose encerrados como transferência no HDT, 2013 a 2017



Fonte: SIEP-NHVE/HDT, 2018

Nota-se que foi baixo o percentual de transferência de pacientes em tratamento para tuberculose para unidades básicas de saúde. Os percentuais alcançados de transferências, no período estudado, variaram de 6,9% a 18,2%.

Gráfico 7 - Óbitos por tuberculose entre os casos notificados no HDT, 2013 a 2017



Fonte: SIEP-NHVE/HDT, 2018

Entre os anos de 2013 e 2017, 59 casos (7,2%) foram encerrados como óbito por tuberculose. Vale ressaltar que todos os pacientes com coinfeção TB/HIV, que foram a óbito, tiveram encerramento do caso como “óbito por outras causas”, de acordo com normativas internacionais.

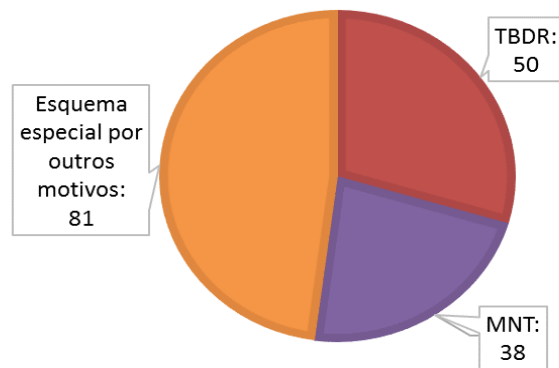
É importante destacar que anualmente ainda morrem 4,5 mil pessoas por tuberculose, doença curável e evitável. Em sua maioria, os óbitos ocorrem nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares.



A implantação do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB) no Brasil foi finalizada em 2013. No sistema é possível notificar, acompanhar e encerrar os casos com tratamentos especiais, além de controlar a distribuição dos medicamentos utilizados para estes. O sistema cadastra pacientes em três situações: **TB**: casos com esquemas especiais em decorrência de efeitos adversos, (hepatopatias, intolerâncias graves, alergia medicamentosas, etc); pacientes com comorbidades que inviabiliza o uso de esquema básico e pacientes com esquema básico em TDO, com falência clínica sem o resultado do TS (teste de sensibilidade); **TBDR**: pacientes que apresentem qualquer tipo de resistência aos tuberculostáticos (monorresistência, polirresistência, multirresistência e resistência extensiva); **MNT** : pacientes com diagnóstico confirmado de micobactéria não tuberculosa.

“O problema do abandono persistente do tratamento da TB sensível ou resistente merece ser mais bem avaliado, e deve envolver profissionais de saúde (incluindo a saúde mental), sociedade civil, profissionais do Judiciário e outros setores do Governo, principalmente porque abandonos sucessivos e/ou recusas reiteradas em submeter-se aos tratamentos preconizados podem levar ao desenvolvimento de bacilos extensivamente resistentes”.

Gráfico 8 - Casos notificados no SITETB com esquemas especiais de tratamento, HDT, 2013 a 2017

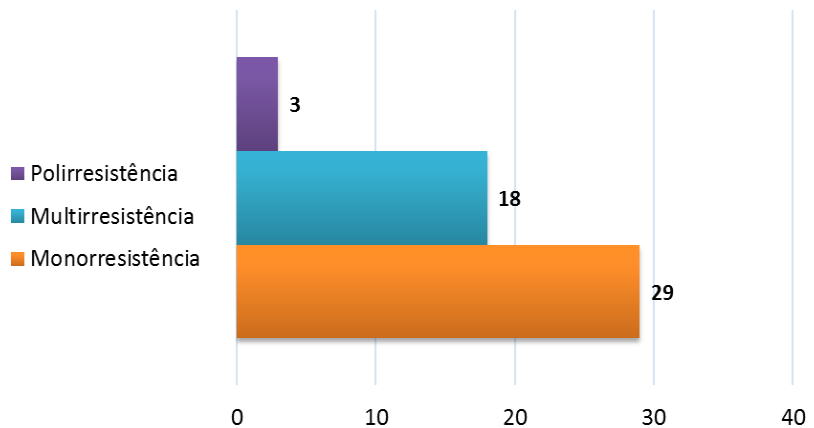


Fonte: SITETB/HDT, 2018

Entre os anos de 2013 e 2017, foram notificados no HDT e acompanhados no SITETB, 169 casos. Destes 38 casos de MNT, 50 casos de tuberculose drogarresistente (TBDR) e 81 casos com indicação de esquema especial para tuberculose.

“A incidência crescente de tuberculose multirresistente tem sido verificada, em todo o mundo, a partir da introdução da rifampicina aos esquemas terapêuticos, no final da década de 1970. A OMS considera tal fato um dos grandes desafios para o controle da doença no mundo, pois trata-se de resistência aos dois mais importantes medicamentos disponíveis para o tratamento da TB.”.

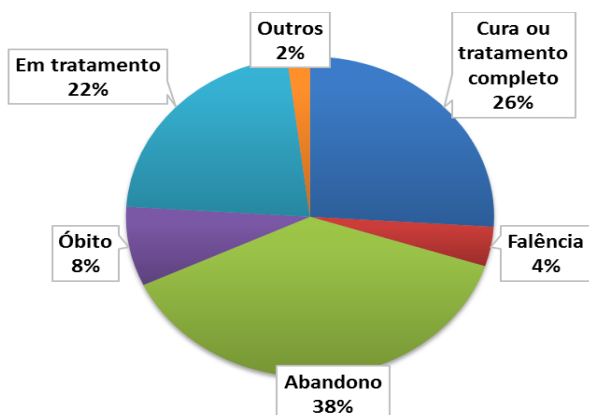
Gráfico 9 - Distribuição dos casos de TBDR notificados no SITETB , HDT, conforme padrão de resistência, de 2013 a 2017



Fonte: SITETB/HDT

Durante os anos de 2013 a 2017, foram notificados 50 casos de TBDR no SITETB, destes, 78% eram do sexo masculino, a idade variou de 16 a 66 anos, com média de 40 anos. Foram notificados e acompanhados, no HDT, 29 casos de monorresistência (resistência a um fármaco antituberculose), 18 casos de multirresistência (resistência a pelo menos rifampicina e isoniazida) e 3 casos de polirresistência (resistência a dois ou mais fármacos antituberculose, exceto à associação de rifampicina e isoniazida).

Gráfico 10 - Situação dos casos de TBDR notificados no SITETB, HDT, de 2013 a 2017



Avaliando os resultados de tratamento para os casos de TBDR notificados e acompanhados no HDT entre 2013 e 2017, observa-se que 26% (13) curaram ou completaram o tratamento, 4% (2) apresentaram falência ao tratamento, 38% (19) abandonaram, 8% (4) foram a óbito, 22% (11) ainda estão em tratamento e 2% (1) tem outro encerramento. O elevado número de abandonos evidencia a complexidade do manejo clínico desses casos e que ainda são grandes os desafios para o controle da TBDR no país.

Fonte: SITETB/HDT, 2018

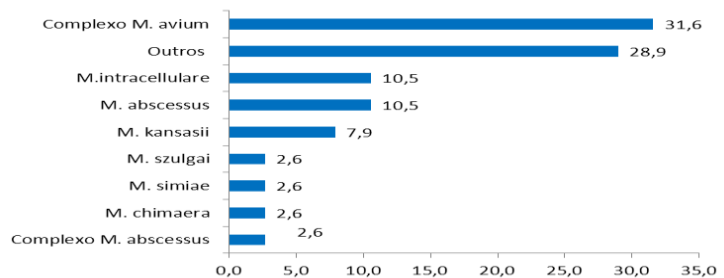
Micobactérias não tuberculosas

As micobactérias são um grupo heterogêneo de bactérias, abrangendo mais de 100 espécies diferentes. Com exceção do *Mycobacterium tuberculosis*, que causa a tuberculose, e do *Mycobacterium leprae*, que causa a hanseníase, a maioria das micobactérias vive no solo e na água em ambientes rurais e urbanos de todo o mundo. Podem ser encontradas em aerossóis, rios e pântanos, em águas urbanas tratadas, piscinas públicas, saunas, umidificadores, aquários, no solo de jardins, em alimentos e em muitos outros lugares.

Entre os anos de 2013 e 2017, foram identificados 38 casos de micobacteriose não tuberculosa, notificados no SITETB, 68% dos casos eram do sexo masculino, a idade variou de 27 a 87 anos, com média de 52 anos.

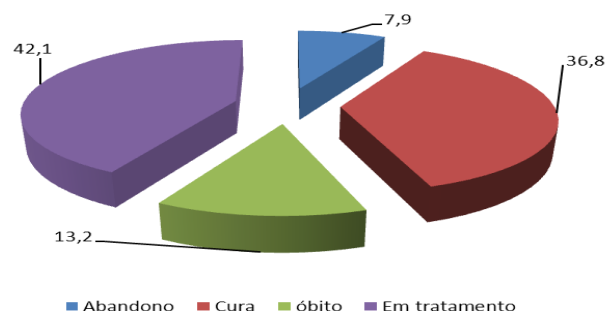
A distribuição dos casos de MNT quanto a espécie isolada, revela que o complexo *Mycobacterium avium* representaram a maioria, 31,6% dos casos, seguido *Mycobacterium intracellulare* e *abscessus*, ambos com 10,5%, outras formas representaram 28,9%.

Gráfico 11 - Distribuição percentual dos casos de MNT, notificados no SITETB, HDT, conforme espécie isolada, de 2013 a 2017



Fonte: SITETB/HDT

Gráfico 12 - Distribuição percentual dos casos de MNT, notificados no SITETB, HDT, conforme encerramento, 2013 a 2017



Fonte: SITETB/HDT, 2018

Ao avaliar os resultados do tratamento para os casos de MNT, no período estudado, observa-se 30,6% receberam alta por cura, 13,7% foram a óbito durante o tratamento, 7,9% abandonaram o tratamento, enquanto que 42,1 continua em tratamento.

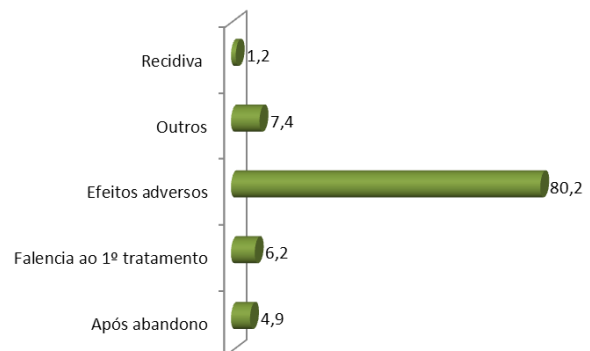
Casos de tuberculose com esquema especial

São todos os casos, que por qualquer motivo, necessitam da adoção de regime terapêutico diferente do esquema básico, seja por intolerância e/ou por toxicidade medicamentosa.

Foram identificados 81 casos de tuberculose com esquema especial notificados no SITETB. De todos os casos 83% eram do sexo masculino, a idade variou de 0 a 79 anos, com média de 42 anos. Ao analisarmos coinfeção (HIV-TB), 58 casos possuíam testes positivos para HIV, evidenciando taxa de coinfeção de 72% , exames negativos (20) 24,7% e 3% não tinham informações.

Gráfico 13 – Distribuição percentual dos casos de TB com esquema especial no SITETB, conforme causa, HDT, 2013 a 2017

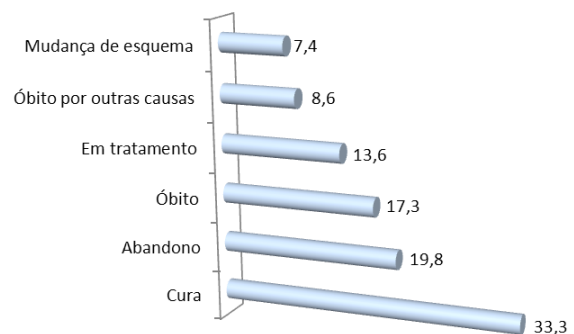
No gráfico 13 é possível observar em relação aos tipos de entrada, que os efeitos adversos (hepatopatias, intolerâncias graves, alergia medicamentosas, são os responsáveis pela maioria dos casos, 80,2%



Fonte: SITETB/HDT, 2018

Ao avaliar o desfecho dos casos de tuberculose com esquema especial ao longo desses 4 anos de implantação do SITETB, encontramos taxa de cura de cerca de 30%, abandono de 19,8, óbito por TB de 17,3%, e pacientes que continuam em tratamento 13,6%. Gráfico 15.

Gráfico 14 – Casos de TB com esquema especial, segundo o desfecho, HDT – 2013 a 2017



Fonte: SITETB/HDT, 2018

BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, J. G.; PEREIRA, L. I. A. **Manual Prático de Doenças Transmissíveis**. 8. ed. Goiânia: Edição do autor, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1º edição atualizada, 2017.

Expediente

Boletim Epidemiológico do NHVE – HDT. Estado de Goiás, Secretaria de Estado da Saúde. Janeiro, 2018

Elaborado por

Bruna Menêzes Gonçalves – Farmacêutica Residente do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Doenças Tropicais – HDT.

Revisado por

Jose Geraldo Gomes – Enfermeiro – Coordenador do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Doenças Tropicais – HDT.

Luciana de Souza Lima Oliveira Barreto – Médica Infectologista do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Doenças Tropicais – HDT.

Aprovado por

Heloína Claret de Castro – Diretora Técnica do Hospital de Doenças Tropicais – HDT.

Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica

Hospital de Doenças Tropicais
Dr. Anuar Auad

Alameda Contorno, 3556 – Jardim Bela Vista,
Goiânia, Goiás
(62) 3201-3670
3524-3111
nhve.hdt@isgsaúde.org