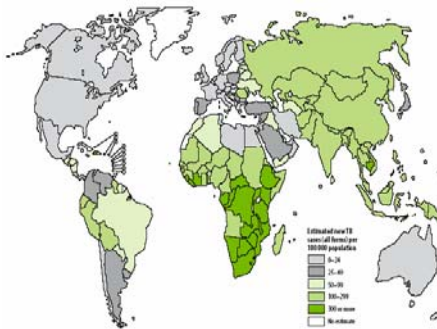


TB como ameaça global

A TB é um problema global – cada ano que passa, cerca de 9 milhões de casos de TB ocorrem e mais de 1,5 milhões de pessoas acabam por morrer apesar de se tratar de uma doença que é possível curar ao fim de 6 meses de tratamento, pelo valor de 20 euros. A situação é particularmente dramática no Sudeste Asiático e na África Subsariana, mas até na Europa, onde muitos países estão à beira da sua eliminação, existem regiões com ressurgimento da epidemia. Ainda hoje, na Europa, em média, são diagnosticados 50 novos casos e morrem 7 pessoas em cada hora, devido à doença. Anualmente, mais de 70000 casos desenvolvem multirresistência, sendo por isso potencialmente incuráveis. Estranhamente, a Europa é a região da OMS com piores índices de performance depois da África.



Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2007. Geneva, World Health Organization

Na UE a 27 foram notificados 87806 casos em 2006, o que corresponde à taxa de incidência de 17,8/10⁵ (variando entre países com 4,4 e 127) e a um declínio médio de 2%/ano nos últimos 5 anos.

Todos os anos, se celebra, a 24 de Março, o dia em que o Dr. Robert Koch, em 1882, descobriu a causa da Tuberculose, o bacilo da TB. Foi o primeiro passo para a cura da TB. O Dia Mundial da TB, é uma oportunidade para alertar o poder político, os cientistas, e a sociedade civil, para a epidemia da Tuberculose e para a congregação de esforços a fim de se eliminar a doença.

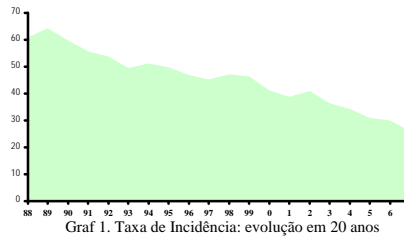
Para combater a doença nos países, é necessário um maior compromisso dos governos já e agora! Congratulamo-nos por haver uma resposta evidente ao Plano Stop-TB, com um maior empenho de dadores que, em parceria, estão a financiar os cuidados aos tuberculosos e à investigação para novos fármacos, novos testes de diagnóstico e novas vacinas. Todos e cada

um de nós pode fazer alguma coisa para eliminar a Tuberculose.

Este ano, queremos reconhecer o esforço de todos quantos, mulheres, homens e crianças, cumpriram o seu tratamento até à cura.

Incidência da TB em Portugal

Em 2007 foram diagnosticados 2916 casos de Tuberculose, incluindo casos novos e retratamentos, dos quais 2595 (89%) eram nacionais e 321 eram imigrantes. A incidência dos casos novos foi de 2724, ou seja 25,7/10⁵. Isto representa uma redução significativa em relação a 2006 (-14%) verificando-se já um decréscimo médio de 7,2%/ano nos 5 anos anteriores (vide gráfico 1).



Graf 1. Taxa de Incidência: evolução em 20 anos

A distribuição geográfica é bastante assimétrica: 6 distritos do continente são áreas de incidência intermédia enquanto 18 distritos e as RA dos Açores e Madeira são de baixa incidência (vide tabela 1 e figura 1). A relação masculina/feminina foi 2/1, quer entre os nacionais, quer nos imigrantes. A proporção de 11% de imigrantes é das mais baixas da U E (que tem no seu conjunto 19%, sendo em 8 países mais de 50%). Dominam os oriundos de Angola (24%) seguidos dos de Cabo Verde (20%), e do total, 75% têm origem na África Subsariana. Quanto à TB/SIDA, 396 pessoas (13,6%) tiveram infecção VIH associada à TB. É a maior percentagem de toda a Europa, predominando nos distritos de Lisboa (20%), Faro (22%) e Setúbal (23%) – Estando 80% nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto. Contudo, em números absolutos, há a registar uma redução de 41% nos últimos 5 anos. Em 2006, do total de casos de TB/SIDA, 53% tiveram a TB como doença indicativa inicial de SIDA.

Localização da Doença

Em 74% dos doentes, os pulmões estavam atingidos e, entre estes, (7%) tinham também lesões em outros órgãos. Dos casos com lesões extrapulmonares (36%), predominaram os casos de TB

pleural (39%) e Linfática (29%). As intracranianas ocorreram em 4% e as disseminadas em 8% das extrapulmonares. Nos doentes com infecção VIH, a frequência de lesões extrapulmonares em geral é 2 vezes maior, as intracranianas 4 vezes e as disseminadas 6 vezes maior.

| Região | Nº novos | Taxa | Nº retrat.- | Nº Tot |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Aveiro | 132 | 18,0 | 9 | 141 |
| Beja | 28 | 18,1 | 2 | 30 |
| Braga | 159 | 18,5 | 23 | 182 |
| Bragança | 26 | 18,1 | 0 | 26 |
| C. Branco | 24 | 12,0 | 2 | 26 |
| Coimbra | 52 | 11,9 | 4 | 56 |
| Evora | 18 | 10,6 | 0 | 18 |
| Faro | 143 | 33,9 | 10 | 153 |
| Guarda | 26 | 15,0 | 2 | 28 |
| Leiria | 64 | 13,4 | 5 | 69 |
| Lisboa | 786 | 35,3 | 56 | 842 |
| Portalegre | 12 | 10,0 | 1 | 13 |
| Porto | 690 | 38,0 | 83 | 773 |
| Santarém | 88 | 18,9 | 4 | 92 |
| Setúbal | 229 | 27,1 | 16 | 245 |
| V. Castelo | 66 | 26,2 | 4 | 70 |
| V. Real | 57 | 26,0 | 3 | 60 |
| Viseu | 53 | 13,4 | 2 | 55 |
| Tot. Cont. | 2653 | 26,2 | 226 | 2879 |
| Açores | nd | nd | nd | 34 |
| Madeira | 37 | 15,1 | 0 | 37 |
| Tot. Nac. | 2690 | 25,7 | 226 | 2916 |

Tabela 2. Casos novos e retratamentos por distritos e RA, em 2007

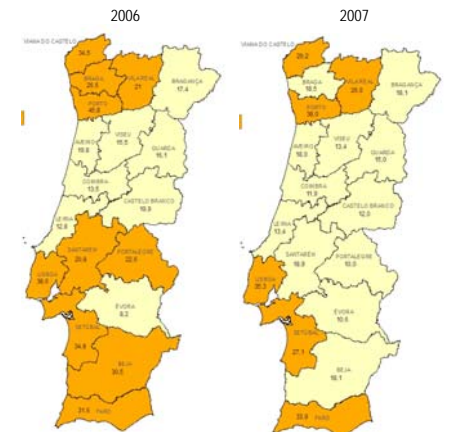
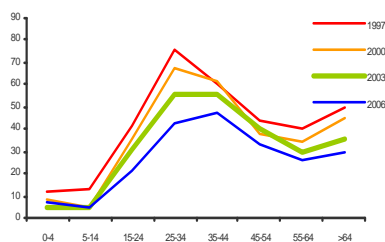


Figura 1. Taxa de Incidência da TB em Portugal em 2006 e 2007: Distritos com incidência intermédia (≥ 20/100 mil) a laranja e distritos com baixa incidência (<20/100 mil) a amarelo

Distribuição por idades

A idade mediana dos doentes situa-se entre os 35-44 anos quer entre os nacionais quer entre os imigrantes, o que traduz ainda um padrão de alto nível endémico. No entanto, o facto de a descida da incidência se ter verificado mais acentuada entre os adultos jovens, quer dizer que o controlo sobre o componente da infecção recente tem sido efectivo. Um total de 96 casos foram diagnosticados em crianças (antes dos 15 anos) sendo 39 com menos de 5 anos, 72% dos quais residentes nas áreas

metropolitanas de Lisboa e Porto, e apenas 4 em populações imigrantes.



Graf.2. Taxa de Incidências por grupos etários e evolução do parâmetro em 10 anos

Resistência às Drogas

Na viragem do século XX para o XXI e devido a uma situação criada pelo Homem (tratamentos incorrectos ao longo dos anos), desenvolveu-se a maior ameaça de sempre da tuberculose, a tuberculose multirresistente TB-MR. Trata-se de uma forma de tuberculose em que o bacilo é resistente a, pelo menos, dois dos medicamentos mais importantes para o seu tratamento e que são a isoniazida (H) e a rifampicina (R). É, por isso, muito mais difícil de tratar do que a forma clássica (quer em número e agressividade dos medicamentos, quer em duração). Atinge todos os países mas com maior incidência os países do Leste Europeu e Sudeste Asiático. Se não for energeticamente combatida, constituirá uma nova epidemia sem tratamento eficaz. Em 2006, o mundo foi alertado para uma situação ainda mais grave e a que foi dado o nome de tuberculose extensivamente resistente (XDR), uma forma de TB-MR em que, além da resistência à H e à R, é também resistente a quase todos, se não a todos, os medicamentos utilizados para tratar a doença. Em Portugal, a tuberculose multirresistente tem vindo a reduzir, representando actualmente 1,6% do número total de casos de tuberculose em 2006 (1,5% nos casos novos e 6,5 nos retratamentos). É uma proporção comparável à mediana na União Europeia, e encontra-se praticamente circunscrita às áreas metropolitanas do Porto e, principalmente de Lisboa. O facto de ser mais difícil de curar e ter tempos de tratamento muito superiores, faz elevar o número de casos prevalentes. Em Dezembro de 2007 a prevalência de TB MR era de 82 casos, tendo 48% critérios de XDR, e 68% residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo

Metas globais

Os objectivos prioritários do PNT são a detecção de pelo menos 70% dos casos e, destes, a cura de 85% ou mais, ao fim de um ano. O alcance destas metas é fundamental para o corte da cadeia epidemiológica e, desta forma, consolidar o

declínio da incidência e conter o fenómeno da multirresistência. São, por isso, importantes indicadores de qualidade. Portugal é um dos sete países da União Europeia com estas metas superadas: 91% e 89% são as taxas de detecção e de cura respectivamente na avaliação definitiva de 2006.

Grupos de risco

Há grupos populacionais que, além de terem maior risco de infecção, têm piores resultados no tratamento. É o caso de pessoas com défice imunitário (os infectados por VIH têm 200 vezes mais probabilidade de contraírem TB), assim como pessoas socialmente marginalizadas e imigrantes de países de alta prevalência.

| Grupos de Risco | Taxa de cura |
|-------------------|--------------|
| Sem risco | 93% |
| Imigrantes | 76% |
| Tóxicodependentes | 65% |
| Infectados VIH | 63% |
| Sem abrigo | 56% |
| TB MR | 44% |
| XDR TB | 19% |

Tabela 2. Sucesso terapêutico em Portugal, conforme os grupos de risco considerados (2006)

Plano de Acção 2007-2008

Em face dos resultados das avaliações sucessivas e no enquadramento o Plano Nacional de Saúde, o PNT definiu, em 2007, as áreas prioritárias para 2007-2008: 1. - TB MR, intervenção para a sua eliminação como problema de saúde pública; 2. - DOTS, consolidação e expansão da Estratégia; 3. - TB/VIH, actividades colaborativas.

TB MR – foi definida uma estratégia específica para o controlo da TB MR e criado o Centro de Referência Nacional para a sua implementação, que se tem vindo a concretizar pela realização de um estudo de prevalência da TB MR e XDR, pela elaboração de documentos técnicos, pelo acompanhamento de dezenas de casos e pela constituição de equipas regionais qualificadas para garantir o tratamento sob os princípios da estratégia DOTS-plus.

Estratégia DOTS – foi feito um apelo às ARSs para que participassem num modelo de definição da infra-estrutura e de planos regionais a curto prazo como medida cautelar para assegurar a implementação dos componentes técnicos básicos da Estratégia DOTS, sem prejuízo da reforma dos serviços de saúde em curso. A performance destes componentes técnicos é determinante para continuar a reduzir a incidência e conter a resistência. A resposta dos Conselhos Directivos das ARSs foi pronta, tornando-se assim explícito o

compromisso político, primeira condição da DOTS.

TB/VIH – O estabelecimento de práticas de colaboração programática é um imperativo pela enorme sobreposição das duas epidemias. Os trabalhos conjuntos produziram já uma orientação técnica relativa ao rastreio do VIH em todos os tuberculosos, e está em curso a preparação de normas consensuais para a profilaxia e tratamento da TB nas pessoas infectadas pelo VIH.

Em 2008, incrementou-se o enfoque nas populações vulneráveis em risco, com prioridade para as prisões, hospitais e escolas.

Notas Finais

A Tuberculose é um problema global afectando milhões de pessoas, sem controlo em muitos países, inclusive na Europa, onde a TB Multirresistente ameaça tornar-se uma nova epidemia potencialmente intratável.

Em Portugal, a TB “banal”, como fenómeno de cariz social, está a diminuir a bom ritmo, tendo já baixa incidência na maior parte do território. Também está em franco declínio a TB associada à imigração e a co-infecção TB/VIH. Contudo, a TB Multirresistente e a sua forma mais temível, a XDR, que são o produto do mau uso dos antibióticos específicos para esta doença, têm ainda uma forte expressão, particularmente na área metropolitana de Lisboa.

Considerando a ameaça que constitui para a saúde pública, o PNT elegeu a TB MR a área de maior prioridade no seu plano de acção a curto e médio prazo (2007-2015).

O decréscimo da incidência da TB não é razão para abrandamento da acção. A eliminação da TB (<1caso TB/1milhão) é ainda um objectivo possível na União Europeia dos 15 e com esforços concertados será possível em todos os países na União Europeia dos 27.

A informação que permite esta análise epidemiológica e de procedimentos, resulta do trabalho de recolha e agregação dos dados dos CDP pelos correspondentes do PNT nos distritos e regiões autónomas:

Ana Madruga (Açores); Maria Cristina Martins (Madeira); Alcina Saraiva (Aveiro); A Fonseca Antunes (Beja); José Carlos Garcia (Braga); Fátima Valente (Bragança); Miguel Resende (C. Branco); M^a. Luisa Paiva de Carvalho (Coimbra); Teresa Serra (Évora); Ulisses de Brito (Faro); Dulce Quadrado (Guarda); José Alves Pereira (Leiria); Elena Raymundo (Lisboa); Olga Guterres (Portalegre); Eduardo Coutinho (Porto); José Miguel Carvalho (Santarém); Ana Cristina Garcia (Setúbal); M^a Luisa Pimenta de Castro (V. Castelo); Teresa Furriel (Vila Real); Laura Andrade (Viseu).