

PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE

Ponto da Situação Epidemiológica e de desempenho



Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNT), Março de 2010

DIA MUNDIAL DA TUBERCULOSE

O Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose associa-se à Parceria Stop TB na procura de novos caminhos

Índice

Síntese.....	2
Introdução.....	4
A tuberculose como ameaça global	5
Portugal: situação epidemiológica da tuberculose e resultados em Dezembro de 2009	9
Incidência da TB em Portugal.....	9
Proporção de casos com origem em outros países	13
Prevalência da infecção VIH/SIDA.	14
Resultados do programa de intervenção.	14
Resistência às Drogas	14
Taxas de detecção e de cura.....	15
Grupos de risco e prognóstico	16
Plano de Acção 2007-2010	17
Plano de Acção Estratégico a Curto Prazo	18

Síntese

A TB no mundo e na Europa

Apesar dos progressos alcançados, a luta contra a tuberculose falhou em alguns dos objectivos fundamentais, com aumento continuado da epidemia, levando a parceria stop TB a apelar para a procura de novos caminhos. Foi nessa linha de pensamento que o PNT propôs o lema “TEMOS DE INOVAR PARA VENCER A TUBERCULOSE” para celebrar o dia Mundial da TB em 2010.

A carga global da TB no mundo está a aumentar – estima-se que em 2008 tenham ocorrido 9,4 milhões de casos em todo o mundo, ou seja, 139 novos casos por 100 mil habitantes, com uma mortalidade de 1,3 milhões de pessoas (20/100 mil). A maior parte (cerca de 80%) dos casos ocorreu na Ásia (50%) e África (30%). Em alguns países, a incidência chega a atingir os 1000 casos por 100 mil habitantes.

A associação da TB e o VIH é elevadíssima na África subsaariana, mas apenas 22% dos casos de TB têm acesso ao teste de diagnóstico para o VIH. No entanto, a melhor coordenação entre os programas de controlo das duas epidemias tem tido reflexo crescente na implementação de rastreios de TB e de programas de profilaxia com Isoniazida nas populações seropositivas.

A multirresistência é uma ameaça global e sem controlo. Estima-se que emergem 440 mil novos casos em cada ano, dos quais, menos de 10% são diagnosticados, e muito menos são tratados adequadamente, vindo a morrer 150 mil pessoas por ano por causa desta forma de doença.

A União Europeia, com uma incidência de 16,7/100 mil habitantes em 2008, é uma região de baixa incidência (21 dos 27 países têm <20/100 mil) – vide figura 2 - e continua a diminuir ao ritmo médio de 3,3% ao ano. O peso dos imigrantes é de 22,4%, havendo vários países com mais de 70% de casos importados. A informação da prevalência de VIH nos casos de TB é escassa. Da que se conhece, a mais elevada é a de Portugal, com 13% (2009). A incidência da Multirresistência é baixa, ou muito baixa, excepto nos países do Báltico e na Roménia.

Situação de Portugal

Portugal, com 24 casos/100 mil habitantes em 2009, menos 8% que em 2008, tem um decréscimo anual médio de 7,3%, consistente nos últimos 7 anos (Figura 3), mas ainda não passou para baixo da fasquia dos 20/100mil, que lhe conferiria a categoria de país de baixa incidência. Contudo, das 20 unidades de coordenação do PNT, entre distritos e as regiões autónomas, 14 têm já menos de 20/100mil (Tabela 2 e Figura 4).

Dos distritos com maior incidência, há que assinalar a notável tendência decrescente nos últimos 10 anos que se verifica em Setúbal, Lisboa e Porto, indiciando a eficácia das medidas de intervenção, apesar de ser onde os factores de risco têm maior expressão.

As pessoas mais afectadas são os homens dos 35 aos 44 anos (Figura 5), sendo que os imigrantes têm quase 4 vezes mais probabilidade de contrair a tuberculose que os nacionais (Tabela 3). A infecção VIH/SIDA, o factor de risco mais importante, tem uma prevalência actual de 13% entre os casos de TB, o que significa um decréscimo do número de doentes para metade nos últimos 10 anos. A toxicod dependência, o alcoolismo, a reclusão, e a situação de sem abrigo são, entre outros, além de serem factores de risco para a doença, também determinantes para o prognóstico (Tabela 3).

Contudo, em mais de 65 % dos casos de TB não há factores de risco identificados. Este facto traduz ainda a existência de elevado potencial de transmissão na comunidade.

A emergência de casos de TB multirresistente (TBMR) em Portugal apresenta uma incidência que está abaixo da mediana dos países da Europa Ocidental (1,7% dos casos de TB), mas tem particular expressão na região de Lisboa e Vale do Tejo. Entre os casos de TBMR, tem sido muito elevada a proporção de casos extensivamente resistente (TBXDR), ou seja, as formas mais graves. Este facto teve um efeito cumulativo na prevalência de casos em tratamento por muitos anos, perpetuando-se as fontes de infecção. O carácter endémico que assim adquiriu motivou a declaração de área de alta prioridade no plano de acção, com a criação do Centro de Referência Nacional para a TBMR, levando, conseqüentemente à implementação de um novo paradigma na abordagem do problema. Em 2009 está operacional uma rede de referência ao nível das regiões, verificando-se já que a incidência e a prevalência estão a diminuir, ao mesmo tempo que as taxas de cura estão a aumentar.

As metas da OMS para os objectivos da estratégia DOTS (taxa de detecção e taxa de cura) têm sido superadas em simultâneo em Portugal, desde 2005 (Figura 7).

No enquadramento do plano de acção para 2007-2010, e por orientação dos resultados preliminares de uma auditoria externa ao PNT por uma missão conjunta da OMS/ECDC, o PNT define como urgentes 7 medidas a curto prazo: 1. Plano Nacional de Recursos Humanos dedicados à TB; 2. Abertura do Centro de referência da TBMR em Lisboa e Vale do Tejo; 3. Normalização do Internamento de doentes com TB; 4. Implementação do Sistema de Vigilância Molecular da TBMR; 5. Estabelecimento de uma posição oficial sobre a profilaxia com Isoniazida nas pessoas com VIH; 6. Expansão do acesso aos testes IGRA; 7. Orientações para uso dos regimes terapêuticos da TB Latente.

Conclusão:

Globalmente, a ameaça da tuberculose continua a aumentar, agravada pelo fenómeno da multirresistência, que está sem controlo devido à extrema escassez de meios nos países mais afectados. Em Portugal, a incidência da TB é intermédia/baixa, com tendência a descer consistentemente, sendo que o peso da imigração e da infecção VIH é baixo. Isto significa que a grande maioria dos casos se deve ainda ao elevado potencial de transmissão na comunidade. As metas de resultado da estratégia Stop TB estão superadas e a emergência de casos multirresistentes tem diminuído muito significativamente.

A situação epidemiológica em que o país se encontra obriga a um esforço acrescido para consolidar os progressos alcançados e para, atempadamente, introduzir modelos de intervenção mais adequados à situação de baixa prevalência que se avizinha, nomeadamente, enfatizando as medidas de controlo da infecção e de quimioprofilaxia.

Introdução

O Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose associa-se à Parceria Stop TB na procura de novos caminhos

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 doença. Contudo, passados 128 anos sobre a descoberta e depois de cerca de 60 anos de uso de antibióticos altamente eficazes, o número de novos casos de TB continua a aumentar em todo o mundo, atingindo mais de nove milhões em cada ano. E, apesar de poder ser curada por menos de 20 Euros durante 6 meses, a doença ainda mata cerca de 4500 pessoas por dia.

No ano de 2010, encontramos-nos a meio do caminho proposto para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e do Plano Stop TB. É agora mais claro que nunca que temos de incrementar esforços e procurar novos meios para travar a TB, se queremos ver as nossas metas atingidas.

A campanha para a comemoração do Dia Mundial da TB neste ano de 2010, lançada pela OMS, apela para a necessidade de se encontrar um novo caminho, ao mesmo tempo que enaltece as pessoas que em todo o mundo têm encontrado novas formas de luta contra este flagelo, podendo assim servir de inspiração a outros.

O Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose está em linha com a Estratégia Stop TB e associa-se, mais uma vez, à celebração do Dia Mundial da Tuberculose, adoptando a temática agora proposta sob o lema:

“TEMOS DE INOVAR PARA VENCER A TUBERCULOSE”

Assinalar-se-á a data com a apresentação à Ministra da Saúde do ponto da situação epidemiológica e de desempenho do programa, com os dados mais recentes, em cerimónia a realizar na Direcção-Geral da Saúde pelas 10H:30 de Quarta-feira, 24 de Março.

Pretende-se que todos os que, em qualquer parte e nos mais variados contextos, introduziram procedimentos inovadores para controlar a TB, tenham o merecido reconhecimento.

A apresentação, a realizar na Direcção-Geral da Saúde, terá dois objectivos principais:

1. Revelar o perfil de Portugal relativamente à epidemia da TB, quer na vertente da magnitude do problema e sua evolução, quer na vertente dos indicadores de resultado decorrentes da acção do programa de controlo;

2. Projectar, no plano estratégico e programático, três dos aspectos mais relevantes em que se tem sentido maior necessidade de renovar procedimentos, na linha das preocupações expressas do OMS para tornar mais efectiva a luta contra a tuberculose, que parece estar a perder terreno, apesar dos enormes progressos técnicos e tecnológicos. Os três aspectos referidos são ilustrados em três apresentações:
 - a. “Um novo olhar para a epidemiologia da TB” – sobre o interesse renovado nos conceitos mais básicos da epidemiologia descritiva e sua valorização para a definição dos planos de acção, nomeadamente no que respeita à distribuição geográfica, à evolução do risco das populações por gerações e à demora do diagnóstico;
 - b. “Novos testes para o controlo da TB” – sobre o reforço do dispositivo laboratorial com novos testes, com o propósito de aumentar a eficiência do diagnóstico da TB, quer na sua forma latente, quer nas diversas apresentações de doença activa;
 - c. “Nova atitude face à TB Multirresistente” – sobre as principais linhas de força do combate à emergência da multirresistência, que obriga a uma mudança de paradigma, desde as relações entre profissionais e serviços até à implementação de testes rápidos e sistemas de vigilância específicos.

A tuberculose como ameaça global

A tuberculose (TB), sendo a principal causa de morte provocada por uma doença infecciosa curável, é um problema global cuja dimensão, em números absolutos, continua a crescer – em 2008 estima-se uma incidência de 9,4 milhões casos em todo o mundo, ou seja, 139 novos casos por 100 mil habitantes, com uma mortalidade de 1,3 milhões de pessoas (20/100 mil). A maior parte (cerca de 85%) dos casos ocorreu na Ásia (50%) e África (30%) (Figura 1). As mais elevadas taxas de incidência *per capita* encontram-se nos países da África Subsaariana, sendo que em alguns atinge os 1000 casos por 100 mil habitantes.

Contudo, grandes progressos se têm feito nos últimos 15 anos desde a implementação da estratégia DOTS, seguida mais tarde pela Estratégia e o Plano Global Stop TB em 2006: a taxa de incidência *per capita* atingiu o seu valor máximo em 2004 ($143/10^5$), o que significa que o mundo está em vias de atingir a meta 6c dos MDGs (*Millennium Development Goals*) em 8 das 9 sub-regiões epidemiológicas da OMS. A excepção é o conjunto dos países da África com baixa prevalência de VIH.

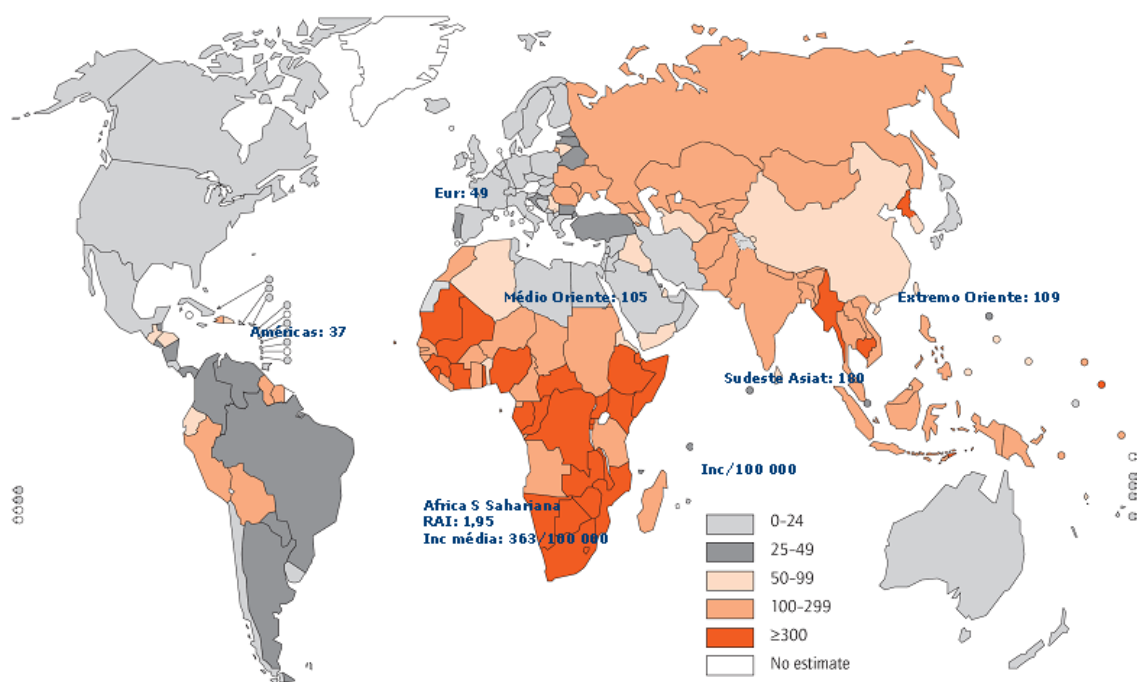


Figura 1. Incidência TB estimada por 100 mil pessoas em 2008. Adaptado de *Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report*. Geneva, World Health Organization; WHO/HTM/TB 2009.426.

A TB, como infecção oportunista, é a principal causa de morte nas pessoas que vivem com VIH. Dos 9,4 milhões de casos de TB em 2008, 1,4 milhões estavam co-infectados pelo VIH (15%). Em todos os continentes há países com prevalência de VIH entre os TB superior a 5%, mas a maior concentração (com prevalência superior a 50%) existe em 7 países da África Subsaariana e na Moldávia. Os cuidados acrescidos que estes doentes carecem não são prestados na maioria dos casos, pois apenas em 22% dos casos de TB o teste de VIH é efectuado (o que representa um grande progresso, pois há 5 anos atrás era apenas em 3%). O desenvolvimento de programas de colaboração efectiva entre os programas de TB e de VIH/SIDA tem possibilitado a implementação progressiva da estratégia dos “3is”, de que se destaca o rastreio da TB (em 1,4 milhões de seropositivos em 2008) e profilaxia com Isoniazida (50 mil seropositivos em 2008).

O impacto de todo o esforço de implementação da estratégia DOTS está agora ameaçado pela emergência de formas de doença com multirresistência (TBMR). Estima-se que em cada ano surjam 440 mil novos casos de TBMR, número assustador se se tiver em conta que apenas 7% destes receberão cuidados mínimos de diagnóstico e tratamento, vindo a morrer 150 mil pessoas por ano, principalmente na Índia e China (estes dois países detêm mais de 50% dos casos de TBMR de todo o mundo).

Um dos maiores constrangimentos ao controlo da TBMR é a capacidade laboratorial para a detectar, que é exígua na maior parte dos países afectados: da totalidade dos casos registados em todo o mundo, 70% são notificados na Europa e na África do Sul, e mais de metade dos 27 países de mais alta prevalência (*High Burden Countries for M/XDRTB*) não tem meios laboratoriais para diagnosticar a TBMR.

Os progressos globais têm-se reflectido nitidamente nos indicadores de resultado da estratégia DOTS: a taxa de detecção teve um enorme incremento (61%), estando ainda muito aquém da meta de 70% estabelecida, mantendo-se muito baixa na África e Médio Oriente. A taxa de cura (87%) superou pela primeira vez em 2007 a meta dos 85%. Entre 1995 e 2008, foram tratados com sucesso um total de 36 milhões de doentes em programas DOTS, tendo sido prevenidas mais de 8 milhões de mortes. Os mais baixos índices de sucesso terapêutico encontram-se na região Europa: mesmo na UE, não passa de 80%.

É também na região Europa, juntamente com a África, que se perspectiva o maior falhanço relativamente ao alcance das metas de impacto sobre a prevalência e a mortalidade por TB estabelecidas no Plano Global (TB Partnership) para 2015: contrariamente ao que é previsto para o resto do mundo, em nenhuma destas duas regiões vai ser possível reduzir a prevalência ou a mortalidade por TB para metade, relativamente ao nível de referência em 1990 (Portugal superou estas duas metas em simultâneo desde 2005).

A região Europa da OMS notificou em 2008, no conjunto dos 53 países, 461645 casos, o que corresponde a uma incidência de $52,2/10^5$, variando entre $5/10^5$ e $205/10^5$ (Cazaquistão). Apresenta uma tendência para declínio de $-2,7\%/ano$ nos últimos 5 anos, mas com as mais elevadas taxas de multirresistência: 18% entre casos novos e retratamentos, variando entre 0 e 46% (R. Moldávia).

Na União Europeia (UE) e países da EFTA, foram notificados em 2008 um total de 82542 casos, entre novos e retratamentos ($16,7/10^5$), sendo que a percentagem de decréscimo anual nos últimos 5 anos foi de $-3,3\%$. No contexto da UE, Portugal tem um ritmo de decréscimo mais acentuado ($-7\%/ano$), mas permanece entre os países de incidência intermédia (entre novos e retratamentos - $25,9/10^5$ - dados de 2009). Convencionou-se que são países de baixa incidência os 21 países que têm taxa inferior a $20/10^5$, e de alta ou intermédia incidência os 7 países que têm superior a $20/10^5$ - Roménia, Lituânia, Letónia, Bulgária, Estónia, Portugal e Polónia). Contrastando com a nítida descida da maior parte dos países, há um aumento significativo em Malta, Islândia, Chipre, Suécia e Reino Unido, maioritariamente devido a casos estrangeiros.

Portugal: situação epidemiológica da tuberculose e resultados em Dezembro de 2009

Notas prévias relativas a análise e apresentação dos dados:

1. Enquanto a situação epidemiológica global e Europeia se refere ao ano de 2008, a de Portugal inclui já dados de 2009, particularmente os respeitantes à incidência, distribuição geográfica e etária. Tal como a avaliação Europeia, em Portugal a avaliação dos resultados (detecção e sucesso terapêutico) é efectuada sobre a coorte dos casos Pulmonares com microscopia positiva de 2007 ou, no caso dos multirresistentes, de 2006.
2. A apresentação em gráfico da incidência *per capita* em Portugal refere-se aos casos novos, de acordo com a forma da apresentação dos anos anteriores e por se considerar mais expressivo da dinâmica da epidemia. Contudo, para mais fácil comparação com outras estatísticas nacionais ou internacionais, apresentar-se-ão também taxas de notificação dos casos em retratamento, assim como do total (novos mais retratamentos).
3. Os dados estatísticos apresentados neste relatório, em Março de 2010, são dados preliminares de avaliação do programa da tuberculose, podendo vir a sofrer alterações nos próximos meses, após sucessivas revisões do sistema de informação, prevendo-se que a taxa de incidência venha a variar cerca de $1/10^5$ até à avaliação final, que terá lugar em Setembro de 2010, com base nos dados definitivos a exportar para a OMS/ECDC.
4. A apresentação do perfil do país sistematizar-se-á segundo 4 componentes principais: I) Dimensão, distribuição geográfica e evolução do problema; II) Proporção de casos com origem em outros países (definidos pelo país de nascimento); III) Prevalência de infecção VIH entre os casos de TB; IV) Resultados do programa de intervenção (proporção de multirresistentes, taxa de detecção e taxa de sucesso terapêutico).

I. Incidência da TB em Portugal (actualizada em Março de 2010)

Em Portugal, em 2009 foram diagnosticados 2756 casos de Tuberculose, incluindo casos novos e retratamentos, dos quais 2342 são nacionais e 414 (15%) são estrangeiros. A incidência dos casos novos foi de 2565, ou seja, $24,1/10^5$. Isto representa uma redução de 8% relativamente à taxa de incidência em 2008, dando continuidade à evolução para uma diminuição consistente desde 2002 (*vide* Figura 3).

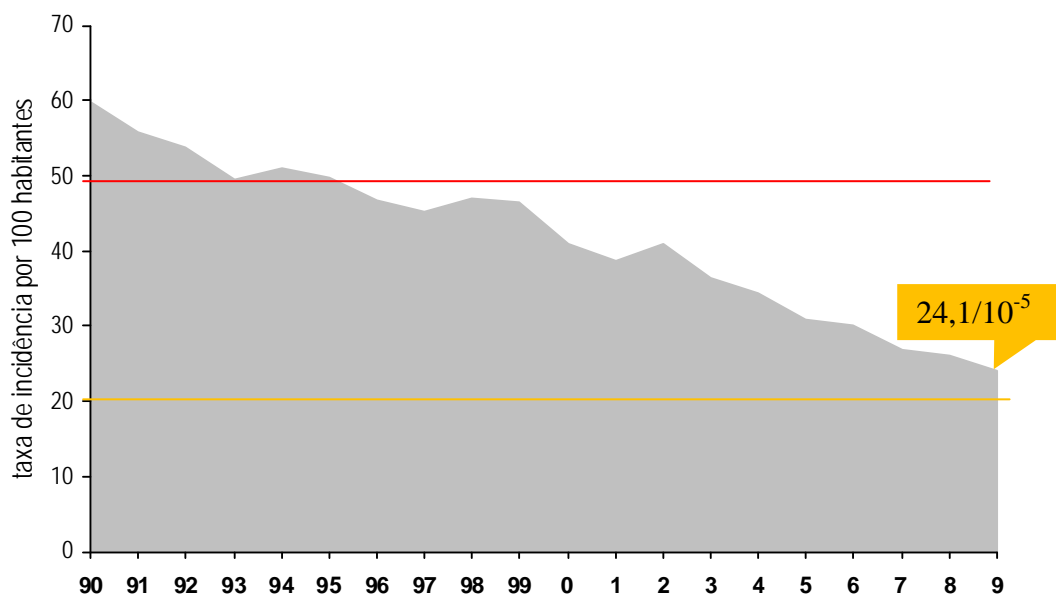


Figura 3. Taxa de Incidência: evolução em 20 anos (1980-2009). Verifica-se um decréscimo sustentado desde 2002, sendo o valor preliminar, em 2009, de 24 novos casos por 100 mil habitantes. Acima da linha considera-se alta incidência, abaixo da linha laranja situam-se os valores de baixa incidência.

Reverendo as taxas de notificação de 2002 a 2009, assistiu-se a um decréscimo médio anual de 7,3%. É uma tendência que converge para a média europeia e aproxima Portugal da fasquia dos 20 casos por 100 mil habitantes, limite que define os países de baixa incidência. Por enquanto, continua entre os países de incidência intermédia, o único na Europa ocidental (Figura 2). Além dos casos novos, foram notificados 191 casos em retratamento (incluindo recidivas e outros) – *vide* tabela 1. A proporção de recidivas é baixa e tem vindo a diminuir de forma mais acentuada que o total dos casos.

<i>Definição de casos</i>	<i>Número absoluto</i>	<i>Proporção</i>	<i>Taxa por 100 mil</i>
Casos Novos	2565	93%	24,1
Retratamentos por recidiva	159	5,8%	1,5
Outros tratamentos	32	1,2%	0,3
Novos mais tratamentos	2756	100%	25.9

Tabela 1. Casos de TB notificados em Portugal em 2009. Dados de Março de 2010.

As assimetrias na distribuição geográfica são já muito menos pronunciadas: deixaram de existir regiões de alta incidência e 12 distritos do continente e as Regiões Autónomas dos Açores e Madeira são agora áreas de baixa incidência (<20/105). Numa situação de incidência intermédia encontram-se ainda seis distritos do continente (Tabela 2 e Figura 3): Viana do Castelo, Vila Real, Setúbal, Lisboa e Porto.

Região	Novos	Taxa/10 ⁵	Retrat	Taxa/10 ⁵	Total	Taxa/10 ⁵
Aveiro	132	17,9	6	0,8	138	18,8
Beja	29	19,1	1	0,5	30	19,8
Braga	128	14,8	15	1,7	143	16,6
Bragança	15	10,7	0	0	15	10,7
C. Branco	40	20,0	3	1,5	43	21,8
Coimbra	39	9,0	2	0,5	41	9,5
Évora	11	6,5	2	1,2	13	7,7
Faro	125	29,1	10	2,3	135	31,4
Guarda	19	11,1	4	2,4	23	13,5
Leiria	64	13,3	4	0,8	68	14,2
Lisboa	762	34,0	44	2,0	806	36,0
Portalegre	13	11,1	0	0	13	11,1
Porto	614	33,7	60	3,3	674	37,0
Santarém	93	20,0	4	0,9	97	20,8
Setúbal	233	27,1	23	2,7	256	29,8
V. Castelo	58	23,1	4	1,6	62	24,7
V. Real	50	23,2	2	0,9	52	24,1
Viseu	67	17,1	1	0,3	68	17,3
Tot. Cont.	2492	24,6	185	1,8	2677	26,4
Açores	32	13,1	nd	nd	32	13,1
Madeira	41	16,7	6	3,1	47	19,0
Tot. Nac.	2565	24,1	191	1,8	2756	25,9

Tabela 2. Casos novos e retratamentos por distritos e RAs, em 2009, dados de Março de 2010.

Destes distritos de maior incidência, há que assinalar a notável tendência para diminuir consistentemente nos últimos 10 anos que se verifica em Setúbal, Faro, Lisboa e Porto, apesar de ser onde os factores de risco têm maior expressão.

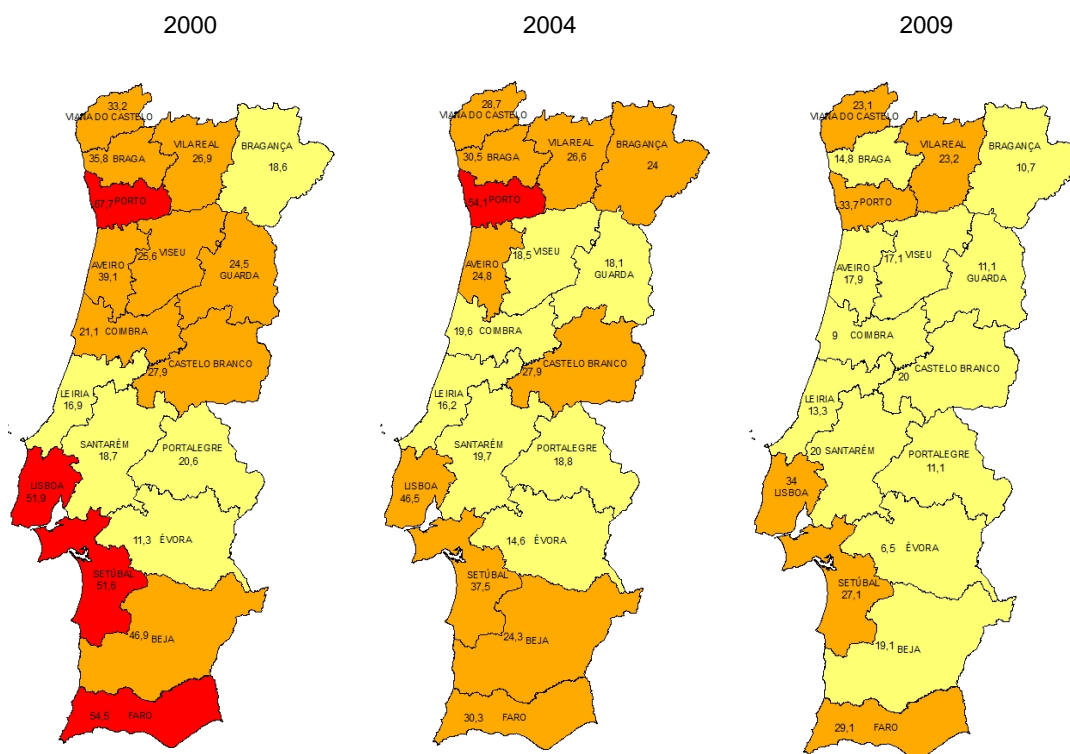


Figura 4. Incidência de casos novos de TB notificados por 100 mil pessoas: distribuição geográfica e evolução desde há 10 anos (2000 à esquerda, 2004 ao centro e 2009 à direita). Distritos com alta incidência (>50/100 mil a encarnado, incidência intermédia (>20 <50/100 mil) a laranja e distritos com baixa incidência (<20/100 mil) a amarelo. A Região Autónoma da Madeira tem <20/100 mil (amarelo) de 2000 a 2009. A Região Autónoma dos Açores tem >20/100 mil (laranja) em 2000 e 2004, e amarelo em 2009.

A relação masculino/feminino é semelhante à da maioria dos países da UE, tendo diminuído para 1,8/1, quer entre os nacionais, quer nos imigrantes, evidenciando-se maior tendência decrescente entre os homens do que nas mulheres.

A idade mediana dos doentes situa-se nos 35-44 anos, quer entre os nacionais, quer entre os imigrantes, o que traduz ainda um padrão de alto nível endémico. No entanto, a notável descida da incidência no grupo etário 25-34 anos, que se pode observar na figura 5, confere à curva de distribuição um padrão muito mais próximo de país de baixo nível endémico. A análise por coortes de nascimento revela que todas as gerações, desde as dos anos 40 até à dos anos 80 viram o seu risco de contrair TB substancialmente reduzido. Apenas a geração dos anos 90 sofreu um aumento do risco, provavelmente atribuível à sua entrada activa na comunidade.

Um total de 72 casos foi diagnosticado em crianças (menores de 15 anos), sendo 27 com menos de 5 anos. Quase todos residentes nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, e apenas 9 nascidos no estrangeiro.

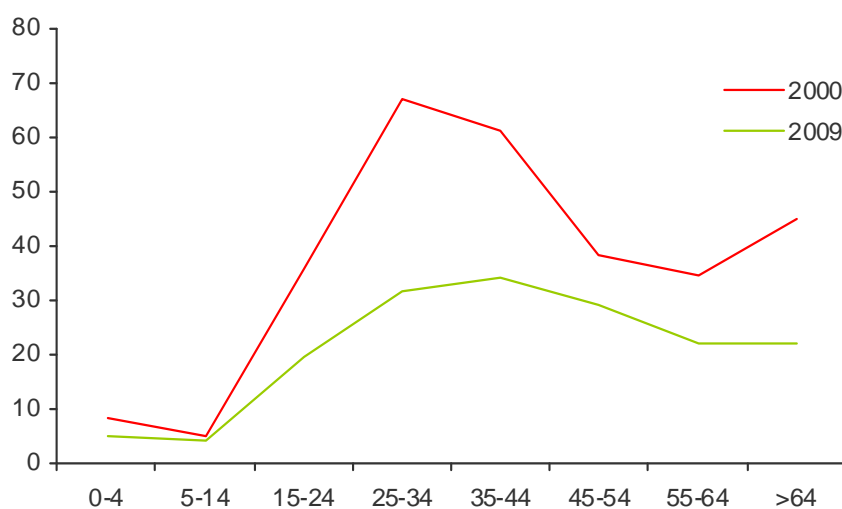


Figura 5. Taxa de Incidência por 100 mil habitantes, por grupos etários e evolução do padrão de distribuição etária em 10 anos (2000-2009).

Localização da Doença

Em 72% dos doentes, os pulmões estavam atingidos e, entre estes, 6,5% tinham também lesões em outros órgãos. Dos casos com lesões exclusivamente extra-pulmonares (28%), predominaram os casos de TB pleural (42%) e Linfática intra ou extra-torácica (38%). As intra-cranianas (incluindo meningites ou outras) ocorreram em 4,7% e as disseminadas em 10% das extra-pulmonares.

A ocorrência de “formas graves” em crianças com menos de 15 anos, critério major para ponderar a manutenção da vacinação universal pelo BCG, foi notificada em dois casos: um caso de TB do sistema nervoso central (não meníngea) e um caso de TB disseminada.

Nos doentes com infecção VIH, as lesões extra-pulmonares ocorrem em 56% de todos os casos e entre as extra-pulmonares, 9,5% tiveram localização no sistema nervoso central, sendo 10% disseminadas.

II. Proporção de casos com origem em outros países.

O número de casos em estrangeiros mantém-se estável desde 2004, sendo que a proporção relativamente aos nacionais tem vindo a aumentar (em 2009, foram notificados 414 casos entre novos e retratamentos – 15% do total). Esta Proporção é das mais baixas da U E (que tem, no seu conjunto, 22,4%, sendo em 9 países mais de 50% e em 4 mais de 80%). Em Portugal, dominam os oriundos de Angola, constituindo 24% dos casos estrangeiros, seguidos dos da Guiné-Bissau e Cabo Verde (17%) e do Brasil (9%). Do total, 70% têm origem na África Subsaariana.

No sentido de estimar o risco relativo de cada uma das comunidades estrangeiras, adoptaram-se os dados oficiais do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras relativos à população estrangeira com títulos de residência ou com prorrogação de vistos de longa duração. Assim, estima-se que a taxa de incidência de TB na população estrangeira em 2009 foi 94/100 mil, o que significa que têm 3,7 vezes mais probabilidade de contrair TB do que a população geral. Com vista a fundamentar a percepção do risco de TB dos estrangeiros em Portugal, calculou-se o risco relativo para as principais comunidades (*vide* tabela 3)

<i>País de origem (de comunidades com mais de 20 casos detectados)</i>	<i>Nº de casos notificados em 2009</i>	<i>Risco de TB relativamente à população geral</i>
Brasil	39	1,5 x mais
Cabo Verde	69	5,4 x mais
Guiné-Bissau	70	12 x mais
Angola	98	14 x mais
Moçambique	22	26 x mais
Todos os países	414	3,7 x mais

Tabela 3. Casos notificados em estrangeiros em 2009 e risco relativo por comunidades residentes em Portugal.

III. Prevalência da infecção VIH/SIDA.

A infecção VIH/SIDA é, de longe, o factor de risco mais importante para o desenvolvimento de TB activa. Em 2009, a prevalência da SIDA entre as pessoas com TB foi de 349 casos (13%). Representa um decréscimo anual médio de 11% (ou para cerca de metade nos últimos 10 anos). É a maior prevalência registada em toda a União Europeia, predominando nos distritos de Faro (15%), Setúbal (18%) e Lisboa (20%). A maioria dos casos (81%) estão concentrados nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto.

Em 2007, do total de casos de TB, a TB foi indicativa de SIDA em 4%, e do total de casos de SIDA, 39% tiveram a TB como doença indicativa inicial de infecção VIH.

IV. Resultados do programa de intervenção.

Resistência às Drogas

Na viragem do século XX para o XXI, e devido a uma situação criada pelo Homem (tratamentos mal prescritos, deficiente qualidade dos fármacos e má adesão por parte dos doentes, 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 e em custos, que podem ascender a mil vezes mais). Atinge todos os países, mas com maior incidência os países do Leste Europeu e Sudeste Asiático. Se não houver uma intervenção enérgica, constituirá uma nova epidemia potencialmente intratável.

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, observa-se também resistência a quase todos, se não a todos, os medicamentos utilizados para tratar a doença. Em Portugal, a incidência da TB multirresistente tem vindo a reduzir (vide Figura 6), representando, em média, 1,7% do número total de casos de tuberculose em 2009 (1,2% nos casos novos e 7,5% 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 2009, a prevalência de TBMR é de 63 casos, 24% dos quais com critérios de XDR, sendo que mais de dois terços (68%) residem na região de Lisboa e Vale do Tejo.

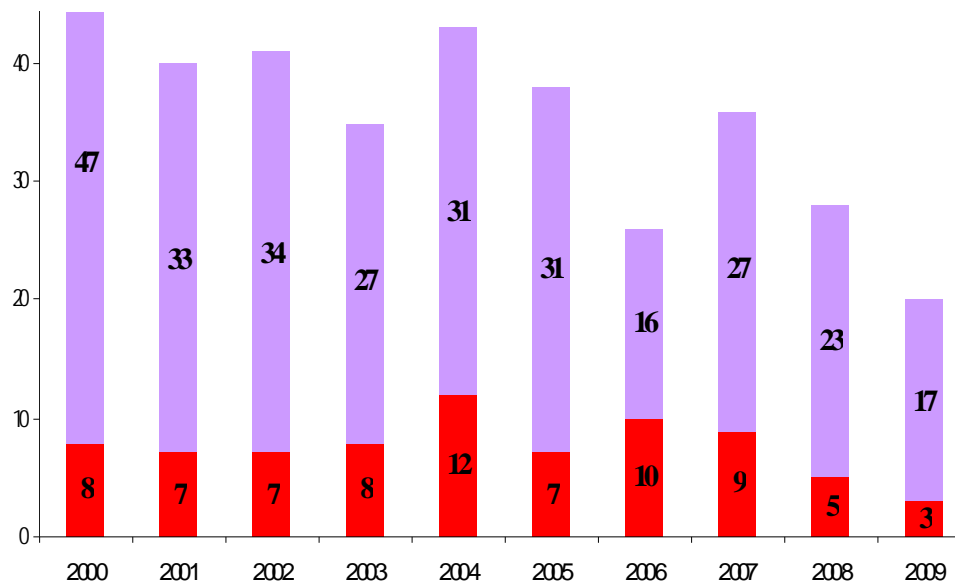


Figura 6. Número de casos incidentes de TBMR por ano, de 2000-09 compreendendo a multirresistência limitada às drogas de 1ª linha (barras lilases) e a XDR (barras encarnadas).

Taxas de detecção e de cura

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 (Estratégia DOTS da OMS). 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 que superaram a taxa de detecção, com 91%, e um dos três únicos países que superaram a taxa de cura com 87%. Na figura 7 pode observar-se a evolução da performance em relação à detecção e sucesso, desde que se começou a monitorizar em 1994. O alcance conjugado dos dois objectivos atingiu-se, e manteve-se, desde 2005.

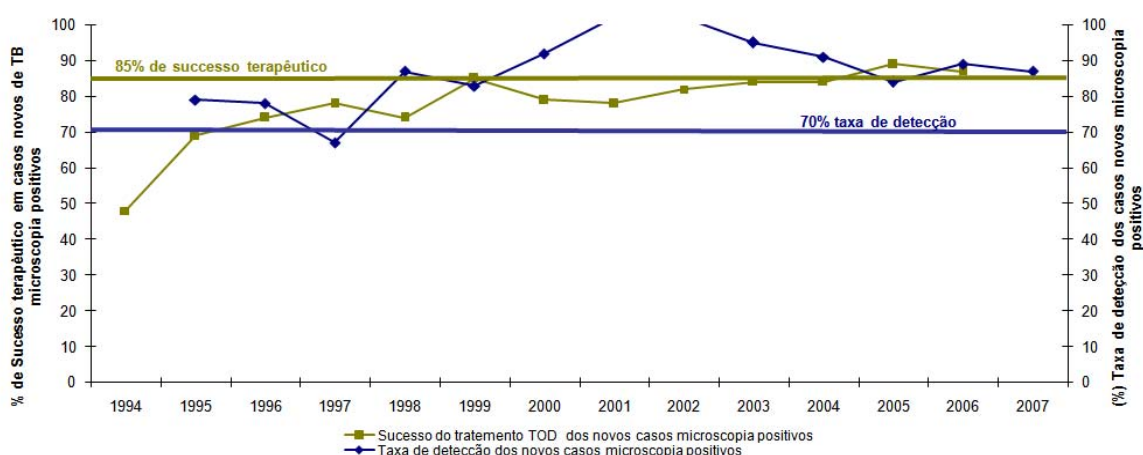


Figura 7. Taxa de detecção e taxa de sucesso terapêutico nos casos bacilíferos avaliada nas coortes de 1994 a 2007 segundo o Global tuberculosis control report WHO 2009 e o sistema nacional de vigilância da TB (SVIG-TB).

Grupos de risco e prognóstico

A análise do peso dos factores de risco associados à TB, para além da infecção VIH e de se ser originário de país de alta prevalência, revela que estes têm muito pouca expressão no conjunto do total de doentes detectados na última década: mais de 65% dos casos novos não têm nenhum factor de risco conhecido, indiciando um elevado potencial de transmissão na comunidade da população nativa.

Algumas populações portadoras de factores de risco, além de terem maior risco de infecção, têm piores resultados no tratamento. É o caso de pessoas com défice imunitário, assim como pessoas socialmente marginalizadas e imigrantes de países de alta prevalência. A tabela 4 mostra como o prognóstico da doença está associado a factores de natureza demográfica, assim como à condição de se estar infectado por uma estirpe de TBMR ou XDR.

Grupos de Risco	Cura avaliada em 2007	Cura avaliada em 2008	Cura avaliada em 2009
Sem risco	93%	91%	93%
Imigrantes	76%	84%	87%
Toxicodependentes	65%	70%	74%
Infectados VIH	63%	70%	74%
Sem abrigo	56%	69%	77%
TB MR	44%	56%	59%
XDR TB	19%	41%	46%

Tabela 4. Sucesso terapêutico em Portugal avaliado aos 12 meses após o início do tratamento, conforme os grupos de risco considerados, e aos 24 meses nos TB MR/XDR (avaliações em 2007, 2008 e 2009).

Plano de Acção 2007-2010

Em face dos resultados das avaliações sucessivas e no enquadramento do Plano Nacional de Saúde, o PNT definiu, em 2007, as áreas prioritárias para 2007-2010: 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 intervenção programática em quatro frentes:

1. Qualificação nos cuidados;
2. Implementação de testes rápidos de diagnóstico;
3. Medidas de controlo de infecção;
4. Sistema específico de vigilância epidemiológica e monitorização dos resultados.

No âmbito da qualificação dos cuidados, a acção do Centro de Referência Nacional salda-se já por uma melhoria evidente da taxa de sucesso terapêutico, do número de casos de TB-MR contagiosos em prevalência. Aguarda-se a curto prazo o início de actividade de centros de referência regionais 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 um corpo de coordenação comum e de práticas de colaboração programática é um imperativo pela enorme sobreposição das duas epidemias no país. Os trabalhos conjuntos produziram já uma orientação técnica relativa ao rastreio do VIH em todos os tuberculosos, e está para publicação um conjunto de normas consensuais para a profilaxia e tratamento da TB nas pessoas infectadas pelo VIH.

Para 2009, além das três áreas prioritárias referidas, o PNT elegeu como assunto de elevado interesse programático a TB Latente, principalmente nas vertentes dos testes de diagnóstico e critérios de tratamento. Neste sentido, está operacionalizada uma rede nacional de testes IGRA (*Interferon Gamma Release Assay*) no âmbito de um projecto de expansão destes testes, suportado pela Circular Informativa da DGS 04/PNT de 11/02/2010.

Plano de Acção Estratégico a Curto Prazo

Para efeitos de referência para o compromisso político (componente primordial da estratégia DOTS), aos diversos níveis, e com base na avaliação preliminar que agora se apresenta, assim como nos resultados preliminares da auditoria externa ao PNT por uma missão conjunta da OMS e ECDC (Outubro de 2009), definem-se sete medidas urgentes que se inscrevem nas três áreas prioritárias do plano de acção, conforme se sintetiza no quadro que se segue (Tabela 5).

Plano de Acção Estratégico a Curto Prazo na linha do desenvolvimento do plano de acção do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNT)		
Área de Intervenção Prioritária	Situação avaliada em Março de 2010	7 Medidas concorrentes URGENTES
DOTS - Demora no diagnóstico	Mediana do tempo de demora nos bacilíferos: 60 dias ; Valor elevado, revelando tendência estabilizada; Estudos revelam ser o principal determinante da incidência. Associado a este indicador está também o da demora da detecção de Multirresistência e demora da conversão bacteriológica.	1. Plano nacional de recursos humanos para as actividades dedicadas à TB, centrado nos CDP, com particular urgência em Lisboa;
Tuberculose Multirresistente (TBMR)	1,7% dos casos confirmados; Tendência a diminuir e melhoria do prognóstico depois da acção do Centro de Referência Nacional. Contudo, alta concentração em LVT e % de XDR muito elevada.	2. Arranque imediato do Centro Regional Referência para a MR de Lisboa e Vale do Tejo; 3. Normalização do internamento hospitalar , suas indicações, condições de isolamento; critérios de alta. 4. Implementação de sistema de vigilância molecular nos casos de TBMR.
Tuberculose em pessoas com VIH e outras vulneráveis em risco	13% de prevalência de VIH entre os TBs ; 39% dos SIDA têm a TB como 1ª doença indicadora de SIDA, a TB (UE:25%);	5. Estabelecimento de posição oficial sobre a profilaxia com a Isoniazida; 6. Expansão do acesso aos testes IGRA. 7. Orientações sobre o uso de regimes terapêuticos para a TB latente

Tabela 5. Sete medidas urgentes a inserir no Plano de Acção Estratégico a Curto Prazo para 2010 na linha do desenvolvimento do Plano de Acção do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNT) 2007-2010.

§: Relatório preparado por A Fonseca Antunes, coordenador do PNT

Direcção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, nº 45

1049-005 Lisboa

Telf.: 21 843 05 00 Fax: 21 843 0530

www.dgs.pt