

Tuberculose em Portugal

Desafios e Estratégias

2018



Tuberculose em Portugal

Desafios e Estratégias 2018

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
Tuberculose em Portugal | Desafios e Estratégias 2018
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018

PALAVRAS-CHAVE

Tuberculose; Estratégias.

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt

AUTOR

Programa Nacional para a Tuberculose

Lisboa, março, 2018

Índice

Resumo em Linguagem Clara Summary in Plain Language.....	2
Sumário Executivo.....	3
Capítulo I Tuberculose.....	4
1. Noções Básicas sobre a Tuberculose.....	5
2. Notas Técnicas.....	5
3. Evolução da Tuberculose em Portugal – até dezembro de 2017.....	6
Capítulo II Desafios e Estratégias para 2018.....	8
1. Desafios.....	9
2. Estratégias.....	9
Referências Bibliográficas.....	10

Resumo em Linguagem Clara

O que é este documento?

Este documento resume os dados da tuberculose até dezembro de 2017.

O que consta do documento?

Um sumário da situação da tuberculose em Portugal, identificação dos principais desafios e estratégias.

Quais são as principais conclusões?

- Continua a assistir-se a uma redução da notificação e incidência da doença no país, redução da proporção de doentes com baciloscopia positiva, redução de doentes com tuberculose multirresistente;
- Apesar desta redução assistimos a um aumento dos casos de tuberculose nas crianças com idade menor ou igual a 5 anos, particularmente das formas graves da doença;
- Em 2016 foi alterada a estratégia de vacinação com a BCG, passando-se de uma estratégia universal para seletiva. A manutenção desta estratégia exige que seja assegurada a identificação adequada das crianças que cumprem os critérios de elegibilidade para vacinação.

Summary in Plain Language

What is this document?

This document summarizes tuberculosis data until december 2017.

What can I find in this document?

A summary of the tuberculosis situation in Portugal, identification of the main challenges and strategies.

What are the main conclusions?

- There is still a reduction in reporting and incidence of the disease in the country, a reduction in the proportion of smear positive patients, a reduction in patients with multidrug-resistant tuberculosis;
- Despite this reduction, there is an increase in cases of tuberculosis in children aged less than or equal to 5 years, particularly in the severe forms of the disease;
- In 2016 BCG vaccination strategy was changed from a universal strategy to selective¹. Maintaining this strategy requires that appropriate identification of children who meet the eligibility criteria for vaccination is ensured.

Sumário Executivo

Este documento resume os dados da tuberculose no ano 2017. Continua a assistir-se a uma redução da notificação e incidência da doença no país, redução da proporção de doentes com baciloscopia positiva, redução de doentes com tuberculose multirresistente.

Apesar desta redução assistimos a um aumento dos casos de tuberculose nas crianças com idade menor ou igual a 5 anos, particularmente das formas graves da doença.

Em 2016 foi alterada a estratégia de vacinação com a BCG, passando-se de uma estratégia universal para seletiva¹. A manutenção desta estratégia exige que seja assegurada a identificação adequada das crianças que cumprem os critérios de elegibilidade para vacinação.

Capítulo I

Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis complex*. Pode atingir qualquer órgão, sendo a forma pulmonar a mais frequente. É também a forma pulmonar que mais implicações têm em termos de saúde pública. Um indivíduo doente, com tuberculose da via aérea liberta bacilos através da tosse, fala, entre outros, que serão posteriormente inalados pelos seus contatos.

1. Noções Básicas sobre a Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis complex*. Pode atingir qualquer órgão, sendo a forma pulmonar a mais frequente. É também a forma pulmonar que mais implicações têm em termos de saúde pública. Um indivíduo doente, com tuberculose da via aérea liberta bacilos através da tosse, fala, entre outros, que serão posteriormente inalados pelos seus contactos.

As pessoas expostas têm risco de ficar infetadas e posteriormente desenvolverem doença. Apenas 10% das pessoas infetadas desenvolverão doença, sendo este risco superior nas populações imuno-comprometidas, nomeadamente crianças pequenas, pessoas infetadas com o vírus de imunodeficiência humana ou a fazer medicação imunossupressora. É possível, nas pessoas infetadas, reduzir o risco de doença – as pessoas em risco, nomeadamente os contactos próximos de doentes com tuberculose respiratória, devem fazer o rastreio de tuberculose, que consiste numa avaliação clínica, radiografia pulmonar, teste tuberculínico e/ou teste IGRA. O tratamento preventivo consiste num esquema com isoniazida que pode durar 6/9 meses, ou em esquemas mais curtos de que são exemplo 3 meses de isoniazida e rifampicina ou em casos particulares 4 meses de rifampicina.

O diagnóstico da tuberculose doença assenta na identificação laboratorial de *Mycobacterium tuberculosis* em produtos orgânicos (expectoração na maioria das vezes). A confirmação da doença e do perfil de suscetibilidade aos antibacilares permite a correta escolha terapêutica. Hoje em dia são utilizados testes microbiológicos e de biologia molecular sendo possível um diagnóstico célere da doença e das mutações que

conferem resistência aos antibacilares de primeira linha.

O tratamento da tuberculose suscetível aos fármacos de primeira linha dura cerca de 6 meses e inclui quatro fármacos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol), na fase inicial do tratamento e dois fármacos (isoniazida e rifampicina) na fase de manutenção. A fase inicial tem uma duração de cerca de dois meses e a fase de manutenção decorre durante quatro meses. Este esquema terapêutico estandardizado tem taxas de sucesso acima de 85%. O tratamento das formas multirresistentes ou extremamente resistentes obriga à utilização de mais fármacos, durante mais tempo, e tem piores resultados.

Em junho de 2016 foi decidido alterar a estratégia de vacinação com BCG em Portugal – dada a evolução epidemiológica da tuberculose em Portugal, passaram-se a vacinar apenas as crianças com fatores de risco individuais ou comunitários para a tuberculose (1).

2. Notas Técnicas

A tuberculose (doença de notificação obrigatória) é notificada sempre que um caso é identificado e inicia tratamento – são notificados os casos possíveis, prováveis ou confirmados. O sistema de vigilância da tuberculose (SVIG-TB) permite caracterizar o doente e seu seguimento até ao fim do tratamento, com várias atualizações da informação ao longo do processo de tratamento.

Os dados são atualizados a cada ano de forma a incluir os casos notificados com atraso, excluir os casos não confirmados e atualizar outra informação. Os dados apresentados neste relatório substituem os dados anteriores.

3. Evolução da Tuberculose em Portugal – até dezembro de 2017

Nos últimos 10 anos Portugal assistiu a uma diminuição de cerca 40% da taxa de notificação e de incidência de tuberculose, com valores de incidência abaixo dos 20/100.000 habitantes desde 2015. Até cinco de março de 2018, tinham sido notificados 1741 casos de tuberculose referentes a 2017, dos quais 1607 eram casos novos. Em 2017, 12 (0,7%) casos foram multirresistentes (resistência simultânea à isoniazida e rifampicina). Estes dados, provisórios, representam uma taxa de notificação de 16,9/100.000 habitantes e uma taxa de incidência de 15,6/100.000 habitantes (INE- projeções da população residente para 2017, cenário central) (Gr 1). Mantendo-se uma redução da taxa de notificação e de incidência de cerca de 5% ao ano (média dos últimos 5 anos) prevê-se que os resultados definitivos sejam superiores (taxa de notificação de 17,8/100.000 habitantes e taxa de incidência de 16,4/100.000 habitantes). Continua a verificar-se uma concentração dos casos nos distritos do Porto e Lisboa (57,3% dos casos foram notificados nestes dois distritos).

Em 2017, 134 (7,7%) casos de tuberculose foram retratamentos, valor inferior à média da EU/EEA (11%) (2). Os retratamentos traduzem falências do tratamento anterior, má adesão ou reinfeção.

Dos 1244 casos com tuberculose pulmonar diagnosticados em 2017 (71,5% do total de casos notificados), 700 (56,3%) tinham exame direto positivo, o que confere maior risco de transmissão de doença aos seus contactos. Temos vindo a assistir a uma diminuição da proporção de doentes com exame direto positivo ao longo dos anos (64% em 2012, 58% em 2016), mantendo-se contudo um valor acima dos 50%. As formas extrapulmonares mais frequentes foram pleural e linfática extratorácica.

De acordo com os dados definitivos de 2016, 60,7% dos casos de tuberculose foram confirmados por exame cultural – valor sobreponível a 2015 e inferior à média europeia (61,4%) (2). A proporção de confirmação foi maior quando se analisaram apenas os casos de tuberculose pulmonar – 72,4% dos casos foram confirmados por cultura. Este valor mantém-se sobreponível a 2015 (72,7%), abaixo do pretendido (85%) e abaixo da média de taxa de confirmação dos países da EU/EEA (79,5%) (2).

A distribuição por sexo mostrou que 64,0% dos casos ocorreram no sexo masculino.

Continuamos a assistir a um envelhecimento da população doente. A idade média dos doentes foi de 50,2 anos. Cerca de 71,1% dos doentes tinham idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos e 26,1% dos doentes apresentaram idade superior a 65 anos.

No grupo etário com idade igual ou inferior a cinco anos foram notificados 32 casos de tuberculose em 2017 o que corresponde a uma incidência de 6,1 casos/100.000 crianças dos 0-5 anos. Registaram-se quatro casos com formas graves de doença (disseminada e/ou meníngea), todos sem BCG e em crianças com menos de dois anos. Em 2017, não ocorreu nenhuma morte por tuberculose neste grupo etário. Em 2016, ocorreram dois casos de forma grave de doença (disseminada/meníngea), em crianças com idade inferior a dois anos. Quer em 2016 quer em 2017 houve um predomínio de casos no distrito de Lisboa e Porto. Em 2017 verificou-se um aumento significativo de casos em relação com um surto (caso infeccioso adulto com tempo alargado entre o início de sintomas e do diagnóstico), onde foram identificadas cinco crianças com menos de seis anos com tuberculose.

Em 2017, 12 casos de tuberculose tinham critérios de multirresistência (um extremamente resistente). A tuberculose multirresistente tem vindo a diminuir de uma forma constante assim como a proporção de doentes com doença extremamente

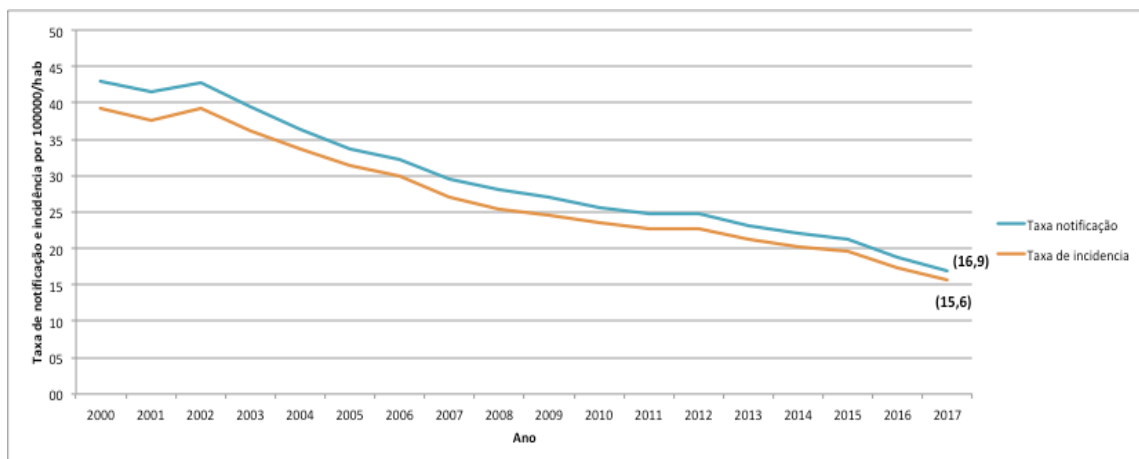
resistente. Em 2014 cerca de 26% dos casos de tuberculose multirresistente eram extremamente resistentes (seis dos 23 casos), em 2015 eram 18% (quatro dos 22 casos), em 2016 eram 16% (3 dos 19 casos) e em 2017, 8% (um dos 12 casos).

Dezanove por cento dos casos de tuberculose registados em 2017 ocorreram em pessoas nascidas fora do país. Esta proporção tem vindo a aumentar nos últimos anos. Estima-se que a taxa de incidência de tuberculose na população estrangeira, em 2017, seja de 83,7/100.000 habitantes, ou seja, 5,4 vezes superior à incidência nacional estimada.

Os dados definitivos de 2016 mostram que o estado serológico relativo à infeção por VIH foi conhecido em 86,7% dos doentes com tuberculose, dos quais 10,9% foram positivos.

O sucesso terapêutico em 2016, entre os casos de tuberculose suscetível aos antibacilares, foi de 75,3% para a tuberculose pulmonar e 77,6% para a tuberculose extrapulmonar. Dos 22 casos de tuberculose multirresistente que iniciaram tratamento (duração estimada de 20 meses) em 2015, 14 casos (63,6%) completaram tratamento.

Gráfico 1. Evolução da taxa de notificação e de incidência (/100.000) da tuberculose em Portugal, 2000-2017



Fonte: SVIG-TB

Nota: por 100.000

Tuberculose em Portugal | 2018
Desafios e Estratégias
Direção-Geral da Saúde

Capítulo II

Desafios e Estratégias para 2018

1. Desafios

- Melhorar a qualidade da notificação em tuberculose;
- Reduzir o atraso até ao diagnóstico e a proporção de doentes bacilíferos;
- Melhorar a taxa de confirmação da doença;
- Melhorar a taxa de sucesso terapêutico;
- Identificar estratégias que permitam melhorar a adesão ao rastreio e tratamento preventivo de populações vulneráveis;
- Apoiar o Programa Nacional de Vacinação na definição de estratégias que permitam selecionar adequada e atempadamente as crianças para vacinação BCG;
- Melhorar a colaboração com programas dirigidos a grupos de risco de tuberculose e a cooperação intersectorial;
- Garantir a sustentabilidade da estratégia de desenvolvimento de recursos humanos na área da tuberculose;
- Implementar a acreditação dos centros de referência de TBMR.

2. Estratégias

- Avaliação do sistema de vigilância através de estudo de captura e recaptura;
- Manutenção do sistema de alerta para o Programa Nacional de Vacinação que permita identificar falhas na aplicação da estratégia de vacinação com BCG;
- Desenvolvimento de informação dirigida aos médicos de Saúde Pública e Pediatria no sentido de otimizar o rastreio de tuberculose em população infantil e otimizar a identificação das crianças expostas a doentes com tuberculose que beneficiam de tratamento preventivo;
- Prosseguir com as ações iniciadas nos anos anteriores relativas à população migrante, reclusa e aos consumidores de substâncias psicoativas;
- Prosseguir com o processo de formação contínua dos profissionais que trabalham em tuberculose;
- Estabelecer parcerias com a Comunidade Civil e parcerias intersectoriais.

Referências Bibliográficas

- (1) Direção-Geral da Saúde. Norma nº. 006/2016: Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0062016-de-29062016.aspx>
- (2) European Centre for Disease Prevention and Control & WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis Surveillance and Monitoring in Europe 2015. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2015.pdf>



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa – Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt