

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE CAMPINAS

Informe da Vigilância em Saúde de Campinas



ANO XIV

NÚMERO 14

MARÇO DE 2011

EDITORIAL

Doenças negligenciadas constituem um grupo de doenças que mantém sua prevalência, devido às condições precárias de vida, iniquidade na saúde e não recebem adequados investimentos para pesquisa.

A tuberculose está entre as doenças consideradas negligenciadas no Brasil pelo Ministério da Saúde, tornando-se uma das prioridades do “Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Doenças Negligenciadas no Brasil”, envolvendo o Ministério da Saúde e o Ministério de Ciência e Tecnologia. Doenças transmissíveis com quadro de persistência são aquelas que, como o nome diz, persistem ou tem apresentado queda em anos recentes. A situação epidemiológica da tuberculose nos dias atuais permite enquadrá-la nesta definição. Para que uma doença persistente passe a apresentar um real quadro de declínio é necessário um conjunto de estratégias, promovendo articulações interdisciplinares e, ainda, entre a vigilância em saúde e a rede assistencial. Para isto podemos adotar as tecnologias de linha de cuidado integral e de redes de atenção à saúde.

Situações observadas ou vivenciadas em alguns serviços e em alguns setores da administração e gestão podem nos trazer reflexões a respeito das negligências (como referência a definição da palavra) cotidianas ou, ainda, para a falta de estratégias de articulação em relação às ações de assistência e para o controle da tuberculose. Uma tosse persistente que não foi associada com a possibilidade de ser tuberculose; ou dificuldades operacionais para coleta do escarro em momentos oportunos; ou um paciente que não retorna ao serviço para acompanhamento do seu tratamento e que não é prioridade entre os tantos pacientes que estão à porta, são exemplos presentes no nosso dia a dia.

A complexidade social e cultural que muitas vezes envolve a vida de um paciente com tuberculose apresenta obstáculos para sua adesão ao tratamento, o que traz dificuldades nas abordagens que devem ser utilizadas, bem como o cuidado que lhe deve ser dado.

Assim, por vezes, perante inúmeras adversidades do contexto de um paciente, ou frente a tantas demandas pensadas como prioritárias nos serviços e setores, acaba havendo involuntariamente um descuido nas atividades que poderiam, eventualmente, contribuir na descoberta ou na cura de casos. Este boletim traz indicadores epidemiológicos e resultados do programa de controle que mostram os sucessos alcançados bem como os problemas, com um convite à cada profissional em todos os níveis do sistema, sejam eles das áreas fins ou das áreas meio incluindo a gestão, a refletir sobre as estratégias bem sucedidas e os desafios ainda a serem enfrentados para esta doença ainda tão presente.

Brigina Kemp

Coordenadora da Vigilância Epidemiológica

○ **Boletim Epidemiológico de Campinas**

é uma publicação do Sistema de Vigilância em Saúde de Campinas da Secretaria Municipal de Saúde.

Avenida Anchieta, 200, 11º andar, Centro,
CEP 13.015-904.

Tel - 19/ 2116-0233

covisa@campinas.sp.gov.br

www.campinas.sp.gov.br/saude/

link: Vigilância em Saúde

Expediente

Diretora da Vigilância em Saúde (COVISA)

Maria Filomena de Gouveia Vilela

Coordenadora da Vigilância Epidemiológica

Brigina Kemp

Coordenadora do Núcleo de Comunicação

Elisabete Gonçalves Zuza

Responsáveis por esta edição:

Adriane Pianowski

Ester Nogueira Whyte Afonso Ferreira

Gerson Salviano Reis

Maria Alice Satto

Maria do Carmo Ferreira

INTRODUÇÃO

A tuberculose é um grave problema de saúde pública no mundo, estimando-se que por ano aproximadamente 9,2 milhões de pessoas adoecem e 1,7 milhões morrem por causa da doença. O empobrecimento da população, o número de pessoas sem residência fixa, a privação da liberdade, a dificuldade de acesso à educação escolar e a incidência de AIDS, constituem fatores de maior risco para a ocorrência da tuberculose nos países em desenvolvimento.

A infecção pelo vírus HIV aumenta aproximadamente 20 vezes a chance do indivíduo desenvolver a tuberculose, além de aumentar significativamente o óbito.

O Brasil ocupa a 19ª posição entre os 22 países que concentram 80% dos casos do mundo, com cerca de 72 mil casos ao ano e 4,7 mil mortes. A incidência e a mortalidade vem caindo ano a ano devido ao investimento dos programas de controle da tuberculose em capacitação de profissionais da saúde e a oferta de insumos para diagnóstico e tratamento.

As drogas utilizadas para o tratamento datam da década de 70 e, no final de 2009, foi acrescentada uma quarta droga ao esquema terapêutico nos primeiros dois meses de tratamento.

Para o controle adequado da tuberculose, a Organização Mundial da Saúde preconiza que 85% dos casos novos devem ser curados e o abandono seja inferior a 5%.

Em Campinas embora não tenhamos atingido nos últimos anos a recomendação das taxas de cura e de abandono de casos novos, o coeficiente de incidência apresenta queda na última década (Gráfico 1). Em 2010 ocorreram 286 casos novos da doença com um coeficiente de incidência de 26,4 casos por 100.000 habitantes. Cerca de 95% dos casos ocorreram na faixa etária de maiores de 15 anos, sendo que aproximadamente dois terços destes são do sexo masculino.

Os dados sobre retratamento por abandono chamam a atenção pela possibilidade da resistência aos antibióticos utilizados no tratamento, corroborando a necessidade de incremento da estratégia de tratamento diretamente observado (DOTS), o que vem ocorrendo gradativamente no município.

A vulnerabilidade das pessoas sem residência fixa e os privados de liberdade, grupos onde a incidência da doença é, respectivamente 40 a 60 vezes maior do que na população geral, nos traz reflexões sobre a necessidade de articulação da área da saúde com áreas da assistência para elaboração de políticas públicas para estes segmentos.

Entre os moradores de rua a taxa de abandono elevada e a irregularidade do tratamento aumenta o risco da resistência às drogas e do óbito neste grupo.

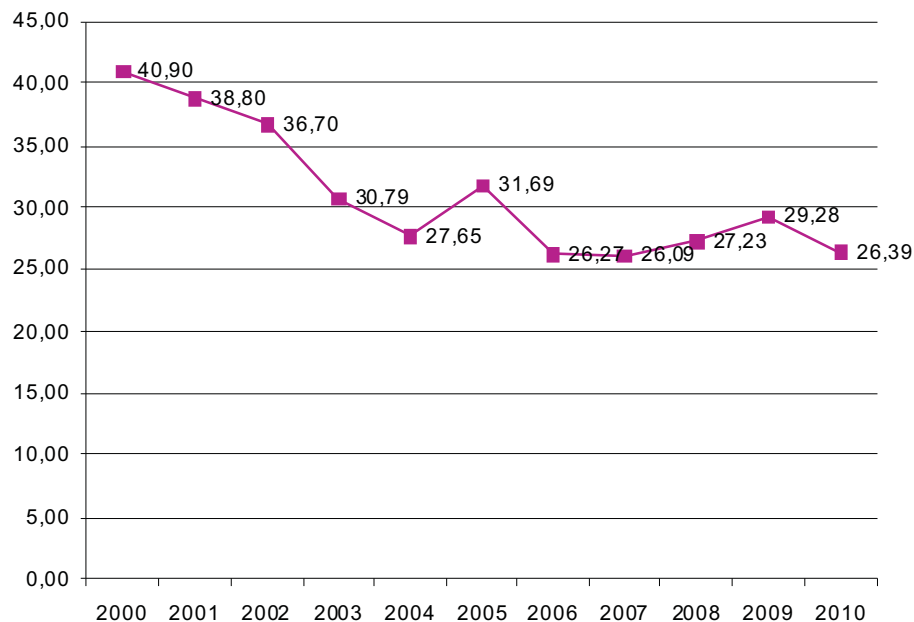
INCIDÊNCIA

A busca ativa dos indivíduos com tosse há mais de três semanas, chamados sintomáticos respiratórios constitui-se em medida primordial para a identificação de casos suspeitos, visando a descoberta precoce dos doentes bacilíferos e interrompendo a transmissão da doença.

O coeficiente de incidência (CI) em Campinas apresenta queda na última década, sendo que em 2000 foi de 40,9 e em 2010 de 26,39 por 100.000 habitantes (Gráfico 1).

O coeficiente de incidência não é homogêneo em todo município. Em 2009 a área de abrangência do Distrito Sul teve o maior CI com 32 casos por 100.000 habitantes e o menor foi verificado na área do Distrito Norte com 22 casos por 100.000 habitantes. Os Distritos de Saúde Leste, Sudoeste e Noroeste apresentaram o CI de 29,7, 30,6 e 23,6 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Gráfico 1
Coeficiente de incidência por 100.000 habitantes, 2000 a 2010, Campinas/SP.



Fonte: TBWEB

COINFECÇÃO TB/HIV

A partir de 2006 houve grande investimento na capacitação em aconselhamento sobre o HIV nos Centros de Saúde, resultando no aumento da oferta da testagem na população atendida e consequentemente, da testagem dos pacientes com tuberculose, conforme pode ser observado no Gráfico 2.

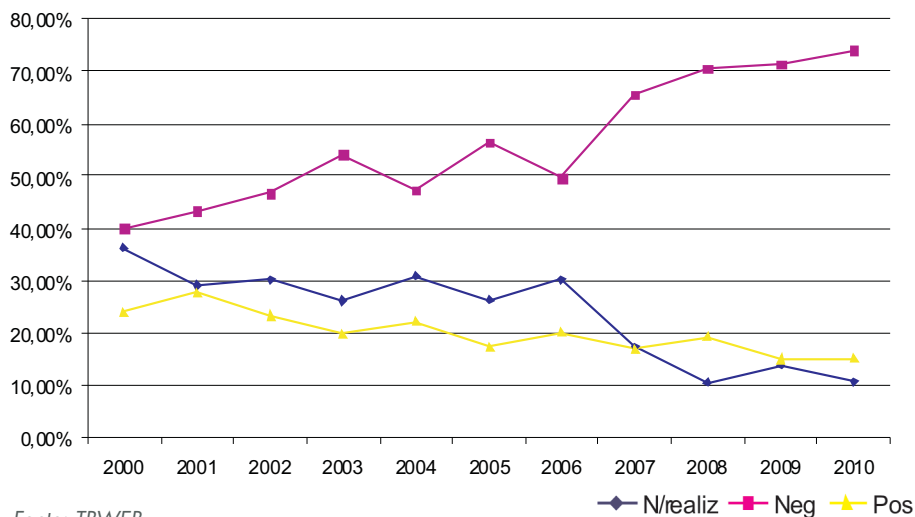
Trata-se de importante estratégia para o controle da doença neste grupo, diagnosticando a coinfeção e implementando o tratamento adequado dos pacientes com TB/HIV.

No município, a maioria dos pacientes com esta coinfeção é atendida no Centro de Referência de DST/Aids onde existe uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde exclusiva para realizar o tratamento diretamente observado, o que se constitui um diferencial em relação às outras Unidades de Saúde.

Houve diminuição do abandono entre os anos de 2000 (15,3%) e 2009 (11,7%), sendo que a cura no mesmo período passou de 68,4% a 81,2%.

A prevalência de coinfeção Tb/HIV em Campinas é semelhante ao padrão nacional de 15%.

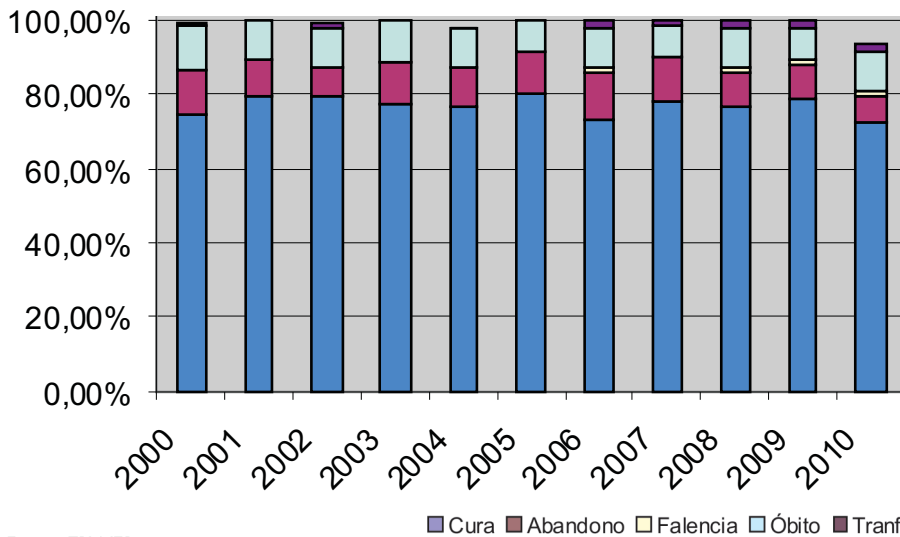
Gráfico 2
Percentual de realização de teste HIV em pacientes com tuberculose, segundo resultado, 2000 a 2010, Campinas/SP.



ENCERRAMENTO DOS CASOS

Em Campinas, as metas preconizadas pela OMS em relação a cura de 85% e abandono menor que 5% representam grande desafio para o programa de controle da tuberculose. Na última década a taxa de cura entre os casos novos apresenta ligeira melhora, em 2000 foi de 74% e em 2009 78,34%, com pequenas variações entre os anos (Gráfico 3), demandando grande esforço das equipes de saúde envolvidas no atendimento destes doentes.

Gráfico 3
Resultado de tratamento dos casos novos de tuberculose, 2000 a 2010*, Campinas/SP.



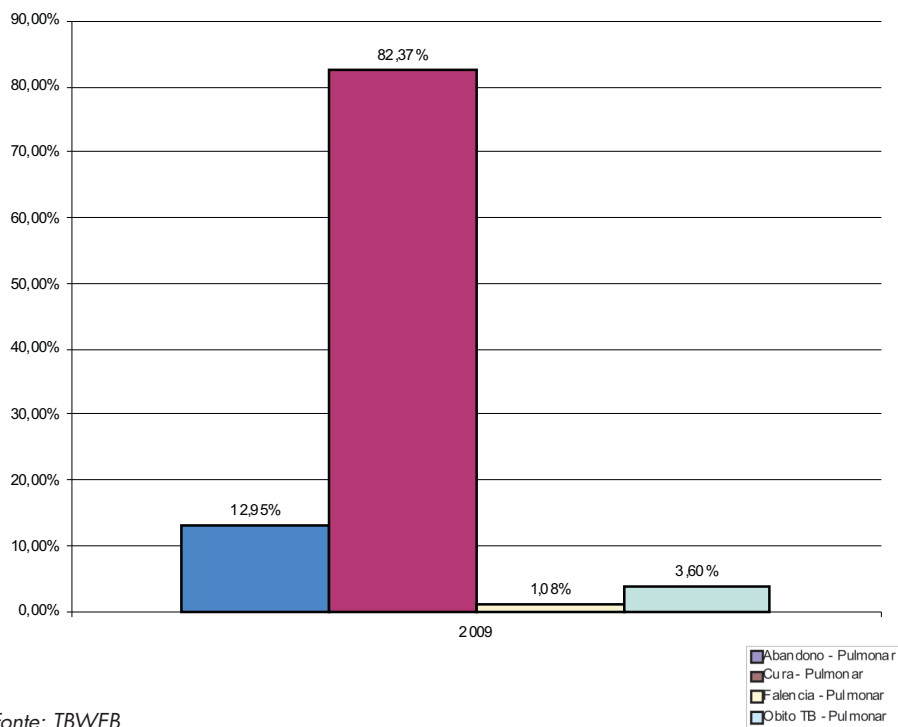
Fonte: TBWEB

* Dados provisórios, 1º semestre

O percentual de cura no município entre os casos novos e retratamento foi de 76,6% em 2009. Ao analisar este indicador por Distrito de Saúde (DS), o DS Sul apresentou cura de 86%; DS Norte 80,4%; DS Sudoeste 77,3%; DS Leste 76,3% e DS Noroeste 73%. Cabe ressaltar o maior percentual (70%) de tratamento supervisionado efetivado entre os moradores do DS Sul, o que pode ter refletido num melhor resultado de cura.

Entre os pacientes com forma clínica pulmonar com baciloscopia de escarro positiva a cura em 2009 foi de 82,4%, maior do que no total de casos novos, no entanto a taxa de abandono de 13% é bastante preocupante (Gráfico 4).

Gráfico 4
Resultado de tratamento entre os casos novos de tuberculose, com forma pulmonar bacilífera, 2009, Campinas/SP.

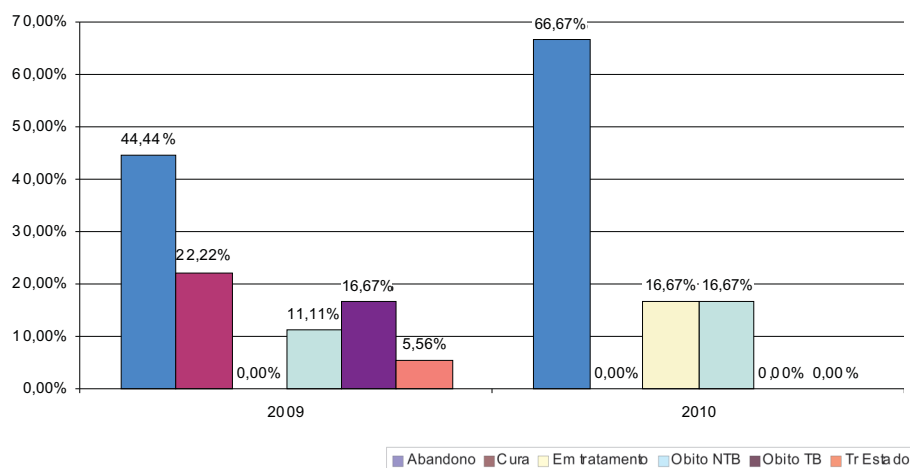


CASOS DE TUBERCULOSE EM PESSOAS SEM RESIDÊNCIA FIXA

Aproximadamente 5% dos casos de tuberculose ocorreram neste grupo, em 2009 foram dezoito casos e em 2010 sete casos, sendo que na grande maioria o tratamento não foi concluído até a cura (Gráfico 5).

Há grande dificuldade de adesão desses pacientes aos serviços e destes em conseguirem realizar o tratamento supervisionado, chamando a atenção para a necessidade do fortalecimento das ações intersetoriais.

Gráfico 5
Resultado de tratamento entre as pessoas sem residência fixa, 2009 e 2010*, Campinas/SP.



Fonte: TBWEB

* Dados provisórios, 1º semestre

CASOS DE RETRATAMENTO - pós abandono

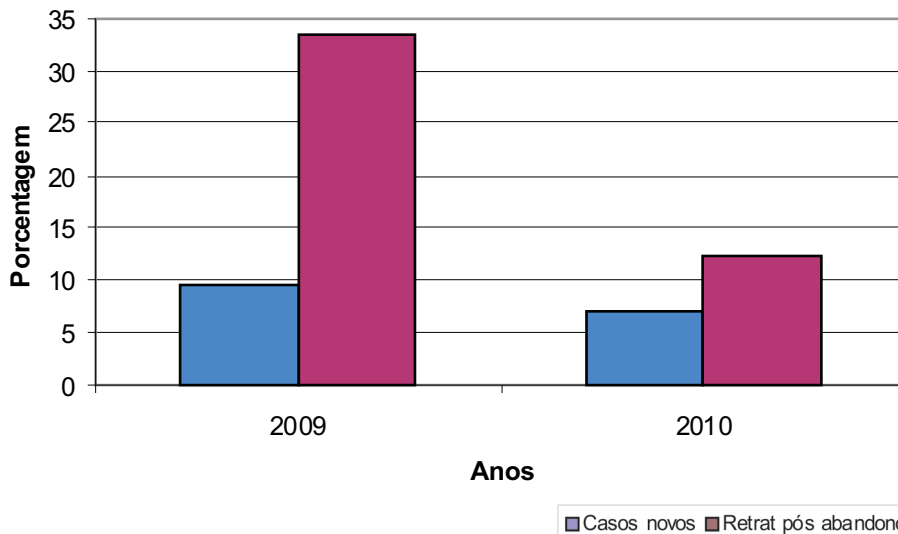
Em 2009 foram 27 casos de retratamento pós abandono e no primeiro semestre de 2010, 14 casos. O abandono do tratamento dos casos novos é menor do que entre aqueles que já trataram uma ou mais vezes (retratamento pós-abandono) – gráfico 6.

Sabe-se que uma vez que o paciente abandona um tratamento de tuberculose, a chance de que isto volte a acontecer é maior, possibilitando o desenvolvimento de resistência a um ou mais antibióticos. Embora a cultura de escarro seja preconizada para todo caso de retratamento isto não tem sido observado em Campinas. Comparando-se os anos de 2009 e 2010 houve melhora na realização deste exames, passando de 41% em 2009 para 52% em 2010.

Este resultado é bem maior que o percentual alcançado no Brasil (cerca de 20%), e mais próximo da meta nacional pactuada para 2011 (60%).

Em relação à multirresistência, houve 23 casos no período de 2000 a 2010, sendo que 48% evoluíram para cura, 8% foram a óbito e 30% estão em tratamento.

Gráfico 6
Abandono de casos novos e retratamento pós abandono, 2009 e 2010*, Campinas/SP.



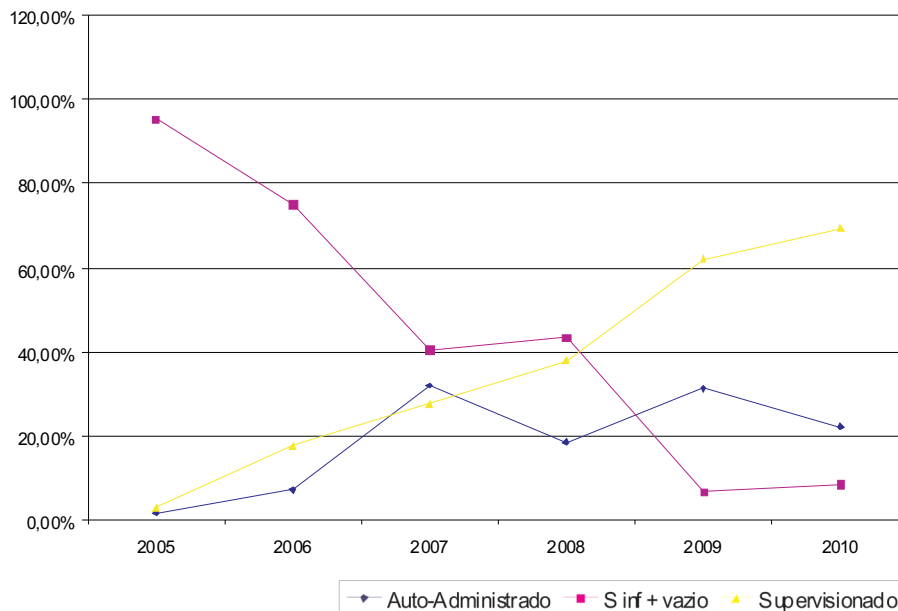
Fonte: TBWEB

* dados provisórios, 1º semestre

TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

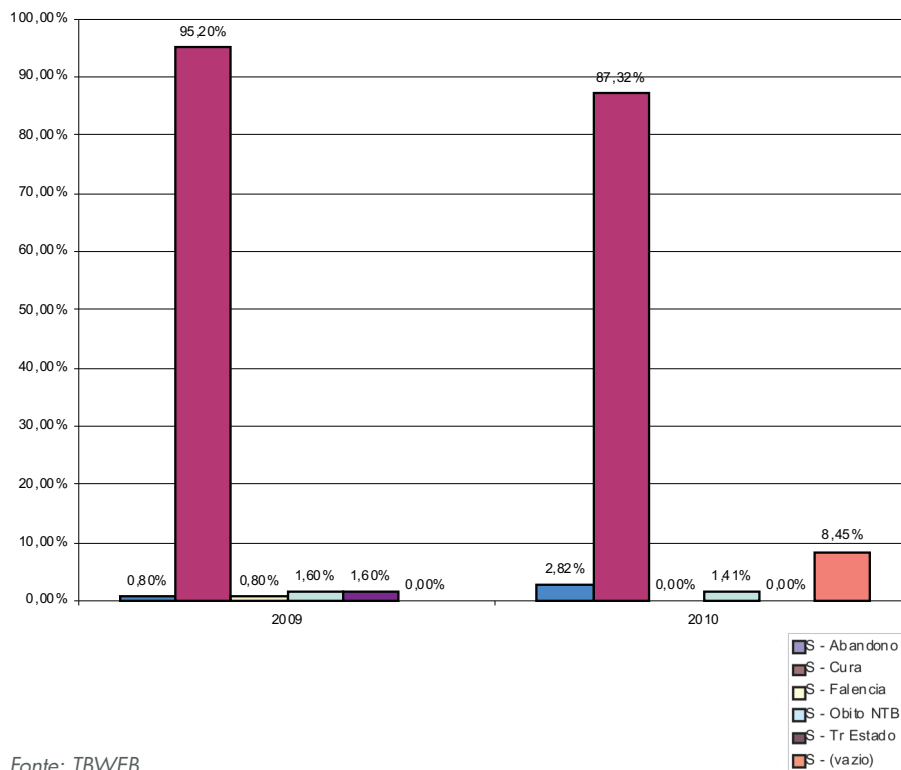
A estratégia do tratamento diretamente observado contribuiu para o aumento da cura dos pacientes com tuberculose, principalmente naqueles com maior risco de abandono. Considera-se tratamento efetivo quando há supervisão de 24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção. A partir de 2006 nota-se um aumento gradativo de pacientes em tratamento supervisionado (Gráfico 7) demonstrando maior atenção dos profissionais de saúde no acompanhamento dos doentes, e aumentando a possibilidade de cura.

Gráfico 7
Percentual de pacientes segundo tipo de tratamento, 2005 a 2010, Campinas/SP.



Fonte: TBWEB

Gráfico 8
Resultado de tratamento dos pacientes com tratamento diretamente observado, 2009 e 2010*, Campinas/SP.



Fonte: TBWEB

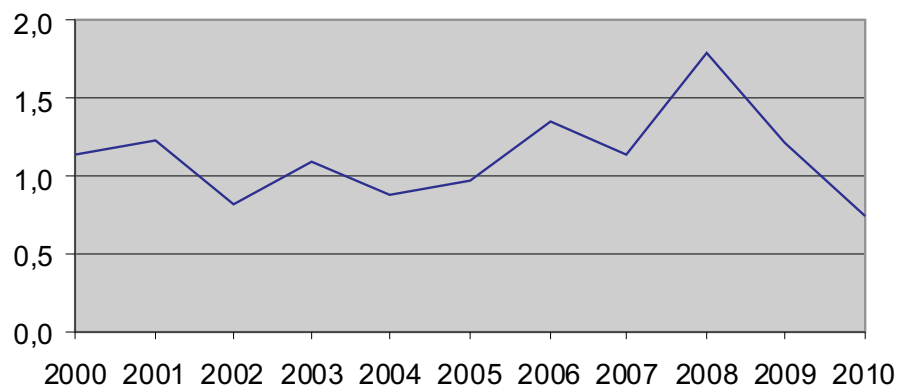
*dados provisórios, 1º semestre

Conforme observado neste gráfico, quando o tratamento supervisionado é efetivado a taxa de cura se eleva e o abandono diminui substancialmente.

MORTALIDADE POR TUBERCULOSE

A mortalidade por tuberculose manteve-se estável durante a última década, em torno de 1,2 casos/100.000, com ligeiro aumento em 2008, voltando aos valores anteriores em 2009,(Gráfico 9).

Gráfico 9
Coeficiente de mortalidade por tuberculose por 100.000 habitantes, 2000 a 2010, Campinas/SP.



Fonte: SIM-SMS

Vigilância em Saúde de Campinas

Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA
Tel - 19/ 21160233

Coordenadorias Regionais de Vigilância em Saúde - VISAs

VISA Norte
Tel - 19/32425870

VISA Sul
Tel - 19/ 32735055

VISA Leste
Tel - 19/ 3212-2755

VISA Sudoeste
Tel - 19/ 32686233

VISA Noroeste
Tel - 19/32686244

Centro de Controle de Zoonoses
Tel - 19/ 3245-1219

CR Saúde do Trabalhador
Tel - 19/ 3272-1292

Centro de Referência de DST/AIDS/Hepatites Virais de Campinas
Tel - 19/ 3234-5000

CoViSA

Vigilância em Saúde
Campinas-SP

