

Nesta Edição:

- 1 Situação epidemiológica da tuberculose drogarresistente (TBMR)
- 2 O controle da TBMR

Causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch, a tuberculose é muitas vezes considerada uma doença do passado.

Em seu relatório anual de 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS)

informa que o mundo está em vias de atingir os objetivos das Nações Unidas para o ano 2015, que é a redução em 50% da incidência da tuberculose e da taxa de mortalidade com relação a 1990. No entanto, cerca de três milhões de pessoas com tuberculose estão perdendo a luta contra a doença. Além disso, o surgimento, no final da década de 1970, de cepas

que não podem ser tratadas com drogas existentes transformou-a em um dos mais prementes problemas de saúde do mundo.

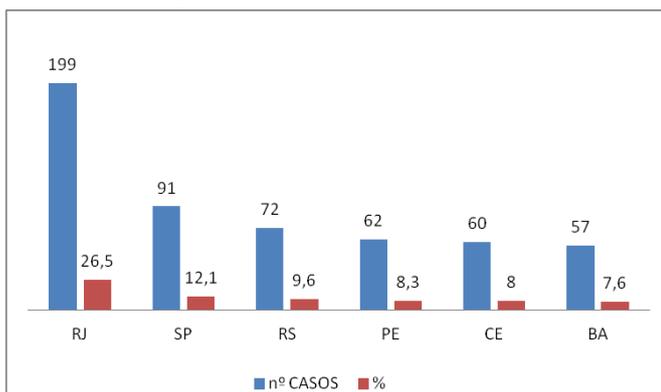
A tuberculose drogarresistente (TBMDR) é definida pela resistência a pelo menos, duas drogas do esquema terapêutico Isoniazida e Rifampicina. A tuberculose extensivamente resistente (TBXDR) é caracterizada como a resistência a isoniazida e rifampicina, pelo menos uma droga injetável de segunda linha (amicacina, capreomicina ou canamicina) e uma quinolona (ciprofloxacino, levofloxacino).

Este boletim descreve a situação epidemiológica da TBMR em Pernambuco.

Situação epidemiológica da tuberculose drogarresistente (TBMR)

No ano de 2012, foram notificados no Brasil 750 casos novos de TBMDR. Nesse ano, entre os estados brasileiros, Pernambuco ocupou o 4º lugar na incidência da TBMDR com 8,3%. Esse percentual representa um número de 62 casos novos de TBMR (Gráfico 1). Entre os anos de 2010 e

Gráfico 1 – Taxa de incidência de TBMR em algumas Unidades Federadas. Brasil, 2012*

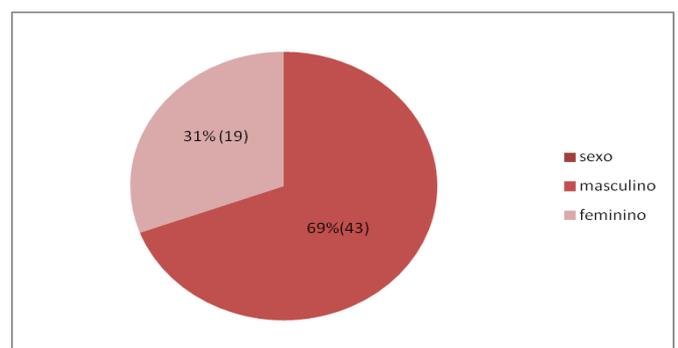


Fonte: Sit Tb /SES – PE Nota: *Dados atualizados em Julho de 2014.

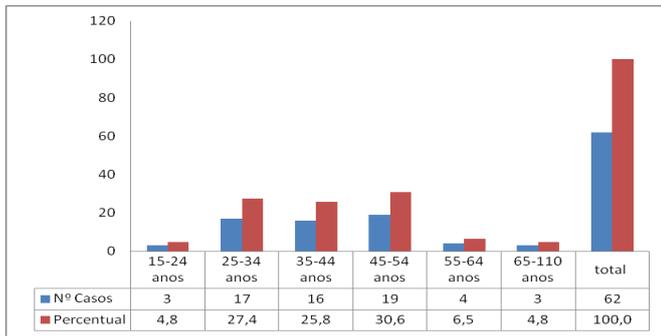
2013 foram notificados 09 casos de TBXDR em Pernambuco.

Ainda com relação aos casos de TBMR, no mesmo ano, 69% são do sexo masculino e 30,6% estão na faixa etária entre 45 e 54 anos (Gráficos 2 e 3).

Gráfico 2 – Percentual e número de casos de TBMR por sexo. Pernambuco, 2012*



Fonte: Sit Tb /SES – PE Nota: *Dados atualizados em Julho de 2014.

Gráfico 3 – Percentual e número de casos de TBMR por faixa etária. Pernambuco, 2012*

Fonte: Sit Tb /SES – PE Nota: *Dados atualizados em Julho de 2014.

Considerando a distribuição dos casos de Pernambuco, por município de residência, observa-se que a I Gerência Regional de Saúde (Geres) registrou 53 casos de TBMDR representando 85,4% dos casos notificados. A cidade do Recife apresenta 37,7% dos casos notificados no estado, seguida dos municípios de Jaboatão dos Guararapes (22,6%) e Cabo de Santo Agostinho (7,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Casos novos de TBMR por município de residência. I Geres, Pernambuco, 2012*

Municípios de residência	Casos novos de TBMDR	
	Nº	%
I Geres		
Cabo de Santo Agostinho	04	7,5%
Camaragibe	02	3,7%
Igarassu	03	5,6%
Ilha de Itamaracá	01	1,8%
Ipojuca	01	1,8%
Itapissuma	01	1,8%
Jaboatão dos Guararapes	12	22,6%
Moreno	01	1,8%
Olinda	03	5,6%
Paulista	02	3,7%
Recife	20	37,7%
Vitória de Santo Antão	03	5,6%
Total	53	100%

Fonte: Sit Tb /SES – PE Nota: *Dados atualizados em Julho de 2014.

Os indicadores de cura e abandono visam acompanhar resultados intermediários com vistas à redução da transmissão para novos pacientes, com diminuição da ocorrência de casos novos e de óbitos. Observa-se que no ano de 2012, dos 62 casos novos de TBMDR notificados em Pernambuco, 10,9% foram curados; 39,1% encerraram o caso como tratamento completo, totalizando 50% do índice de

sucesso. O tratamento da TBMDR deve ser realizado por 18 a 24 meses. Considera-se cura quando o paciente apresenta no mínimo três exames de cultura com resultados negativos.

Quanto ao percentual de abandono do tratamento dos casos de TBMDR no ano de 2012, Pernambuco apresentou uma taxa de 30,4% (Tabela 2).

Tabela 2 - Desfechos dos tratamentos de TBMR. Pernambuco, 2012*

Desfecho dos tratamentos	Número	Percentual (%)
Abandono	14	30,4
Cura	05	10,9
Falência	04	8,7
Tratamento completo	18	39,1
Óbito	05	10,9
Total	66	100,0
Índice de sucesso	-	50,0

Fonte: Sit Tb /SES – PE Nota: *Dados atualizados em Julho de 2014.

A I Geres apresentou o maior percentual de abandono com 18,8 % seguida da III com 50% (Tabela 3). Entretanto, é importante ressaltar que o banco de dados da tuberculose do ano de 2012 ainda está sujeito a revisão, sobretudo em relação à situação de encerramento, o qual certamente contribuirá para a melhoria da informação epidemiológica e dos indicadores de cura e abandono.

Tabela 3 - Casos novos de TBMR e abandono de tratamento por Geres. Pernambuco, 2012*

Geres	Casos novos de TBMDR notificados	Abandono de tratamento de casos novos TBMR	
	Nº	Nº	%
I	53	10	18,8
II	01	01	100,0
III	02	01	50,0
VII	01	01	100,0
IX	01	01	100,0
TOTAL	58	14	24,1

Fonte: Sit Tb /SES – PE Nota: *Dados atualizados em Julho de 2014.

O controle da TBMR

Um paciente portador de TBMDR pode transmitir o

bacilo resistente aos seus contatos sem que estes tenham utilizado os medicamentos específicos previamente. Assim, o contato infectado poderá ser portador de TBMDR primária e a prevenção da transmissão de cepas resistentes na comunidade e nas unidades sanitárias é de grande importância devido à prevalência elevada da infecção por HIV. Dentro desta perspectiva, é necessário que as recomendações de controle da infecção sejam aplicadas com rigor.

A cultura para *M. tuberculosis* e o teste de sensibilidade são exames laboratoriais de extrema importância na detecção de cepas resistentes. No Brasil, as principais indicações para a realização do exame de cultura e do teste de sensibilidade são os casos de retratamento da tuberculose e as populações mais vulneráveis, sendo elas: indígenas, privados de liberdade, em situação de rua, vivendo com HIV/AIDS e profissionais de saúde.

O diagnóstico da TBMDR é feito no laboratório com base em Cultura e Testes de Sensibilidade aos medicamentos anti-tuberculose (TSA).

Considerando a necessidade de organizar a atenção à saúde aos portadores de tuberculose de forma descentralizada, equânime e com qualidade, tornou-se necessária a descentralização da cultura para tuberculose dentro do estado de Pernambuco. Atualmente, disponibiliza-se a realização do referido exame nos laboratórios dispostos no Quadro 1.

Quadro 1 - Relação dos laboratórios que realizam cultura para *Mycobacterium tuberculosis* em Pernambuco

LABORATÓRIO	Geres de abrangên-
LACEN Central	I, II, III, XII
Lab. Municipal de Caruaru	IV
Lab. .Municipal de Arcoverde	V, VI
Lab. Municipal de Ouricuri	VII, IX, X
Lab. Hospital Otávio de Freitas	I

Fonte: SES/SEVS Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, julho de

Em Pernambuco, no período entre 2011 e 2012, observa-se que as Geres que concentraram os maiores números de solicitações de cultura para tuberculose foram a X, XI e

XII (Tabela 4). A baixa solicitação destes exames na atenção primária à saúde está usualmente associada a tratamentos irregulares e abandono, proporcionando um aumento da mortalidade.

Tabela 4 - Percentual de culturas solicitadas por Geres. Pernambuco, 2011 e 2012*

Geres	% Cultura	
	2011	2012
I	22,7	16,6
II	14,3	25,7
III	16,7	24,2
IV	9,5	18,4
V	0,0	26,3
VI	25,0	66,7
VII	25,0	14,3
VIII	6,9	21,1
IX	11,1	33,3
X	50,0	25,0
XI	50,0	0,0
XII	10,0	47,8

Fonte: SES/SVS/SINAN-PCT. *Dados atualizados em Julho de 2014.

No ano de 2012, houve o registro de 10 casos de retratamento distribuídos na I Geres (08 casos) e na IV e IX Geres (01 caso cada).

Os dados encontrados em Pernambuco sinalizam para a necessidade de se implementar estratégias que efetivem a detecção precoce de TBMDR, como o monitoramento adequado da assistência terapêutica com garantia do tratamento diretamente observado (TDO) que deve ser compartilhado com a atenção básica e a referência terciária, com a realização de exames, fornecimento de medicamentos e suporte social em todo o território estadual. O alto risco de transmissão de bacilos *M. tuberculosis* resistentes exige atenção especial de todos os profissionais de saúde e da sociedade de modo geral para consolidar os avanços alcançados na quebra da cadeia de transmissão do bacilo. É crucial o fortalecimento da gestão compartilhada entre os diversos níveis de governo no desenvolvimento de ações necessárias ao cumprimento das metas estabelecidas, de maneira que as prioridades estaduais e municipais também possam ser agregadas à agenda nacional.

Tuberculose tem cura!



“É importante buscar
uma unidade de saúde
mais próxima da sua
residência”

Expediente:

João Lyra Neto
Governador de Pernambuco

Ana Maria Albuquerque
Secretária Estadual de Saúde

Eronildo Felisberto
Secretário Executivo de Vigilância em Saúde

Roselene Hans
Diretora Geral de Controle de Doenças e Agravos

Ana Lúcia Alves de Souza
Gerente de Prevenção, Controle das Micobacterias

Cândida Maria Nogueira
Coordenação de Prevenção e Controle da Tuberculose

Alexandre Menezes
Coordenação do Programa SANAR

Apoio:

ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

Ouvidoria
0800 286 2828 Saúde

Elaboração:

Marqueline Soares da Silva
Raíssa Cristina Soares de Oliveira
Viviany Souza de Oliveira

Revisores:

Carmen de Barros Correia Dhalia
Maria Goretti de Godoy Sousa
Sílvia Natália Serafim Cabral

Projeto Gráfico e diagramação:

Rafael Azevedo de Oliveira

SECRETARIA DE SAÚDE

DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongü
Recife-PE, CEP: 50751-530

www.saude.pe.gov.br