

Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose
Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho



Stop TB 2012

DIA MUNDIAL DA TUBERCULOSE



DIA MUNDIAL DA TUBERCULOSE

24 de março de 2012

ÍNDICE

TUBERCULOSE EM PORTUGAL	5
I Casos Novos e Retratamentos	5
II Distribuição Geográfica	7
III Distribuição por Género e Idade	9
IV Localização da Doença	10
V Proporção de casos com origem noutros países.	11
VI Prevalência da Infecção VIH/SIDA.....	12
VII TB na População Reclusa.....	13
VIII Resistência às Drogas.	14
IX Taxas de Detecção e de Cura	15
X Grupos de Risco e Prognóstico.....	16
XI Indicadores de Gestão de Caso	17

DIA MUNDIAL DA TUBERCULOSE

Ponto de Situação Epidemiológica e de Desempenho

Avaliação preliminar em março 2012

TUBERCULOSE EM PORTUGAL

I Casos Novos e Retratamentos

Em Portugal, em 2011, foram diagnosticados 2388 casos de Tuberculose, incluindo casos novos e retratamentos, dos quais 2016 são nacionais e 372 (16,6%) são estrangeiros. A incidência dos casos novos foi de 2231, ou seja, $21/10^5$ habitantes. Isto representa uma redução de 9,6% relativamente à taxa de incidência definitiva em 2010, dando continuidade à evolução para uma diminuição consistente desde 2002 (*vide* Figura 1).

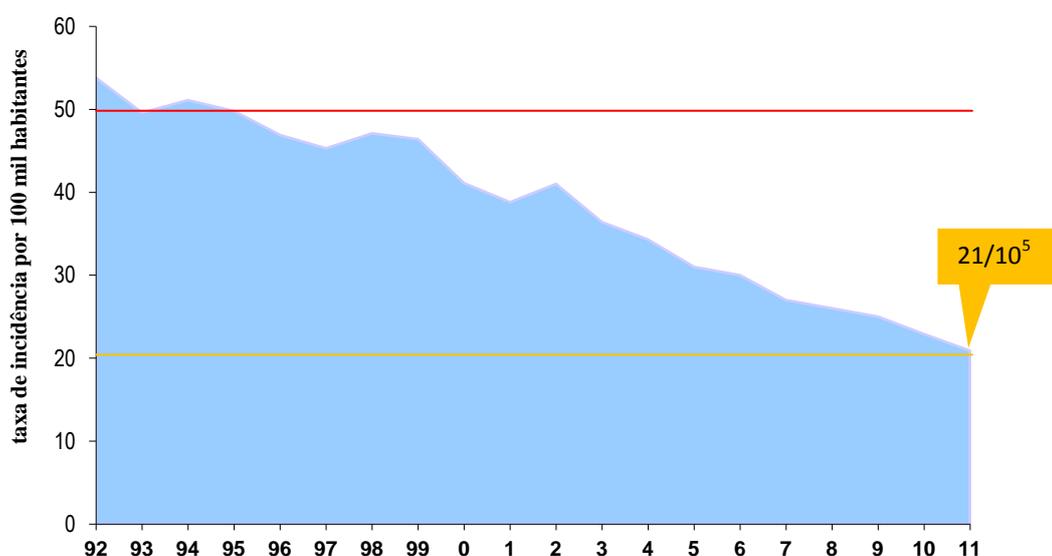


Figura 1. Taxa de Incidência: evolução em 20 anos (1992-2011). Verifica-se um decréscimo sustentado desde 2002, sendo o valor preliminar, em 2011, de 21 novos casos por 100 mil habitantes. Acima da linha encarnada considera-se alta incidência, abaixo da linha laranja situam-se os valores de baixa incidência.

Reverendo as taxas de notificação de 2002 a 2011, assistiu-se a um decréscimo médio anual de 6,4%. É uma tendência que coloca o país numa situação mediana relativamente à taxa média de decréscimo nos países da UE, fazendo-o convergir para a média europeia e aproximando-o da fasquia dos 20 casos por 100 mil habitantes, limite que define os países de baixa incidência. Por enquanto, Portugal continua entre

os países de incidência intermédia, o único na Europa Ocidental (Figura 2). Além dos casos novos, foram notificados 157 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 do que o total dos casos.

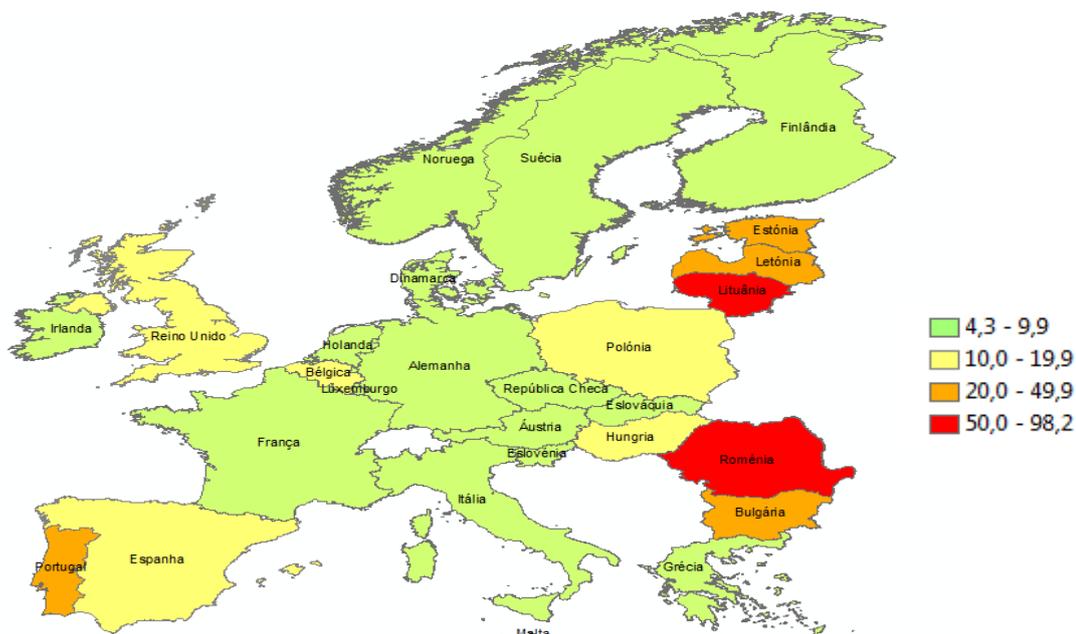


Figura 2: Taxa de Incidência nos Países da UE/AEE 2010 - 15/100K

Definição de Caso	Número absoluto	Proporção	Taxa por 100 mil
Casos Novos	2231	93,4%	21
Retratamentos por recidiva	138	5,8%	1,3
Outros retratamentos	19	0,8%	0,18
Novos + Retratamentos	2388	100%	22,5

Tabela 1. Casos de TB notificados em Portugal em 2011. Dados de fevereiro de 2012.

Em 95% do total de casos, o diagnóstico foi feito na sequência da procura dos cuidados de saúde pelos doentes sintomáticos; apenas 5% foram detectados por ações de rastreio nos contactos próximos de doentes infecciosos ou em pessoas vulneráveis ou de risco. A proporção de casos detectados por rastreio é baixa, mesmo nos grupos de risco e incluindo as pessoas com VIH. Pelo contrário, no grupo das crianças menores de 15 anos, 29% dos casos foram detectados por rastreio.

II Distribuição Geográfica

As assimetrias na distribuição geográfica são já muito menos pronunciadas: deixaram de existir regiões de alta incidência (definidas por terem 50 ou mais casos por 100 mil) e 13 distritos do continente e as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira são agora áreas de baixa incidência ($<20/10^5$). Numa situação de incidência intermédia, encontram-se ainda cinco distritos do continente (Figura 3 e Tabelas 2 e 2a): Porto, com a maior taxa de incidência ($32/10^5$), seguido de Lisboa ($29/10^5$), Beja ($24/10^5$), Faro ($23/10^5$) e Setúbal ($22/10^5$). Notável tem sido a evolução na última década, dos distritos que à partida tinham os mais elevados índices de morbilidade e que apresentam um declínio da incidência muito acentuado e consistente – trata-se dos distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Braga, que assim refletem o impacto das medidas de controlo, apesar da elevada prevalência dos principais factores de risco. A maior evidência de inversão da tendência é a que se observa em Beja, onde, depois de 3 anos de estagnação, a incidência volta a crescer, particularmente à custa da zona do litoral.

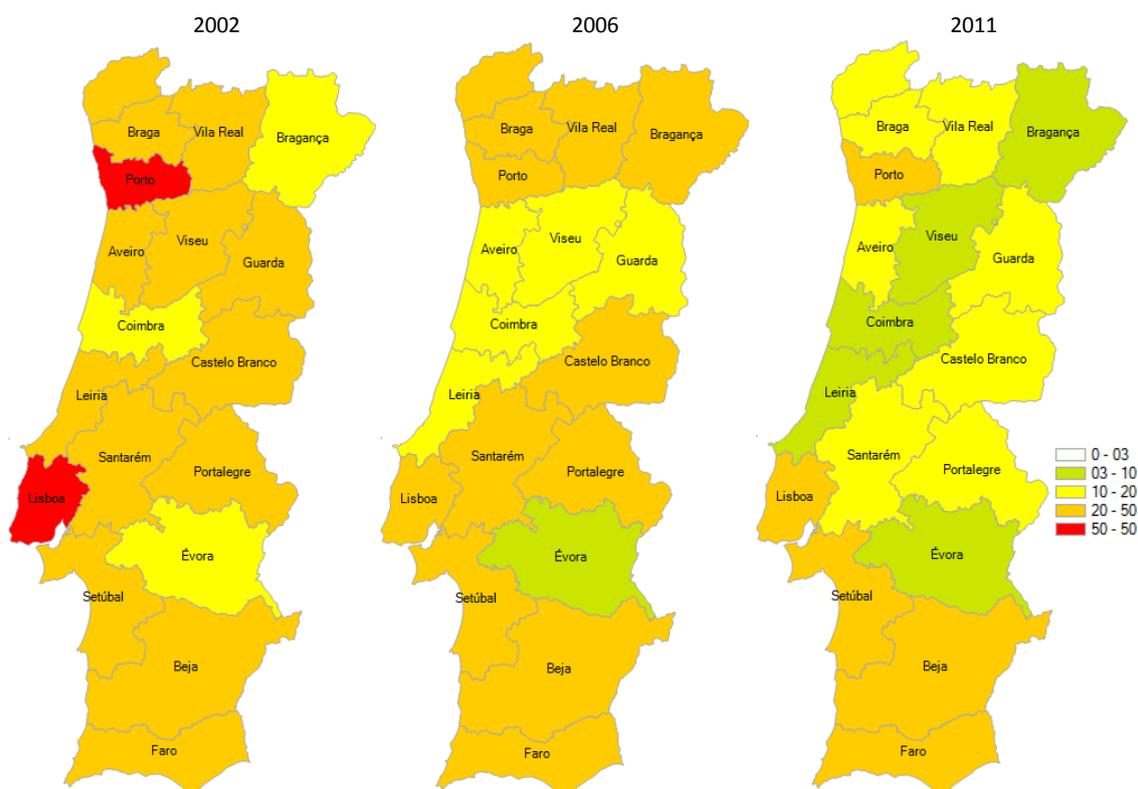


Figura 3. Taxa de Incidência de casos novos de TB notificados por 100 mil pessoas: distribuição geográfica e evolução desde há 10 anos (2002 à esquerda, 2006 ao centro e 2011 à direita). Distritos com alta incidência ($>20 <50/100$ mil a encarnado, incidência intermédia ($>10 <20/100$ mil a laranja) e distritos com baixa incidência ($>10 <20/100$ mil a amarelo e <10 a verde). A Região Autónoma da Madeira tem $<20/100$ mil (amarelo) depois de 2007. A Região Autónoma dos Açores tem $<20/100$ mil (Amarelo) desde 2000. Em suma, há 10 anos havia dois distritos com alta incidência e apenas 3 com baixa incidência, em 2011, não há distritos com alta incidência e há 13 distritos e as RAs com baixa ou muito baixa incidência.

CASOS DE TUBERCULOSE - NOVOS E RETRATAMENTOS - POR DISTRITO DE RESIDÊNCIA

Tabela 2. - Casos de Tuberculose notificados em 2011 (avaliação provisória março 2012)

NUTS I/distrito	Total de casos		Casos novos		Retratamentos	
	N.º	Taxa por 100 000 habitantes	N.º	Taxa por 100 000 habitantes	N.º	Taxa por 100000 habitantes
Portugal	2388	22,6	2231	21,1	157	1,5
Continente	2335	23,2	2182	21,7	153	1,5
Aveiro	144	20,2	141	19,7	3	0,4
Beja	41	26,8	37	24,2	4	2,6
Braga	127	15,0	120	14,1	7	0,8
Bragança	13	9,5	12	8,8	1	0,7
Castelo Branco	29	14,8	28	14,3	1	0,5
Coimbra	42	9,8	40	9,3	2	0,5
Évora	14	8,4	14	8,4	0	0,0
Faro	107	23,7	102	22,6	5	1,1
Guarda	22	13,7	22	13,7	0	0,0
Leiria	42	8,9	42	8,9	0	0,0
Lisboa	728	32,4	668	29,7	60	2,7
Portalegre	15	12,7	13	11,0	2	1,7
Porto	622	34,2	580	31,9	42	2,3
Santarém	73	16,1	67	14,8	6	1,3
Setúbal	193	22,7	183	21,5	10	1,2
Viana do Castelo	47	19,2	43	17,6	4	1,6
Vila Real	38	18,4	36	17,4	2	1,0
Viseu	38	10,1	34	9,0	4	1,1
R. A. Açores	28	11,3	Não disponível			
R. A. Madeira	25	9,3	21	7,8	4	1,5

Fonte: Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose (SVIG-TB) Direcção-Geral da Saúde; INE: População média residente 2011.

CASOS DE TUBERCULOSE - NOVOS E RETRATAMENTOS - POR DISTRITO DE RESIDÊNCIA

Tabela 2a. Casos de Tuberculose notificados em 2010 (avaliação definitiva março 2012)

NUTS I/distrito	Total de casos		Casos novos		Retratamentos	
	N.º	Taxa por 100 000 habitantes	N.º	Taxa por 100 000 habitantes	N.º	Taxa por 100000 habitantes
Portugal	2626	24,7	2438	22,9	188	1,8
Continente	2581	25,4	2394	23,6	187	1,8
Aveiro	147	20,0	142	19,3	5	0,7
Beja	30	20,1	30	20,1	0	0,0
Braga	147	17,0	140	16,2	7	0,8
Bragança	33	23,8	32	23,1	1	0,7
Castelo Branco	32	16,5	30	15,4	2	1,0
Coimbra	42	9,8	40	9,3	2	0,5
Évora	17	10,1	17	10,1	0	0,0
Faro	127	29,1	117	26,8	10	2,3
Guarda	18	10,7	17	10,1	1	0,6
Leiria	56	11,6	53	11,0	3	0,6
Lisboa	806	35,9	746	33,2	60	2,7
Portalegre	20	17,4	19	16,6	1	0,9
Porto	632	34,6	573	31,3	59	3,2
Santarém	65	14,0	59	12,7	6	1,3
Setúbal	246	28,3	232	26,7	14	1,6
Viana do Castelo	63	25,2	53	21,2	10	4,0
Vila Real	56	26,3	51	24,0	5	2,3
Viseu	44	11,3	43	11,0	1	0,3
R. A. Açores	19	7,7	Não disponível			
R. A. Madeira	26	10,5	25	10,1	1	0,4

Fonte: Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose (SVIG-TB) Direcção-Geral da Saúde; INE: População média residente 2010.

III Distribuição por Género e Idade

A relação masculino/feminino é semelhante à da maioria dos países da UE, situando-se em 2/1, quer entre os nacionais, quer nos imigrantes, evidenciando-se maior tendência decrescente entre os homens do que entre as mulheres.

A idade mediana dos doentes situa-se nos 46 anos, sendo muito menor entre os imigrantes (38 anos), 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 4, 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, constituída pelos jovens que agora têm entre 11 e 21 anos, sofreu um aumento do risco, provavelmente atribuível à sua entrada activa na comunidade onde permanece o potencial de transmissão.

Geração	Evolução do risco durante a década de 90	Evolução do risco durante a década de 2000
1940s	Baixou	Baixou
1950s	Baixou	Baixou
1960s	Baixou	Baixou
1970s	Aumentou	Baixou
1980s	Aumentou	Baixou
1990s	Baixou	Aumentou
2000s	---	Baixou

Tabela 3. Análise da evolução do risco de contrair TB por coortes de nascimento, ou seja, por gerações desde os nascidos na década de 40 até aos nascidos na década de 2000.

Foi diagnosticado um total de 41 casos em crianças (menores de 15 anos), sendo 17 com menos de 5 anos. Quase todos residentes nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, e apenas 9 nascidos no estrangeiro.

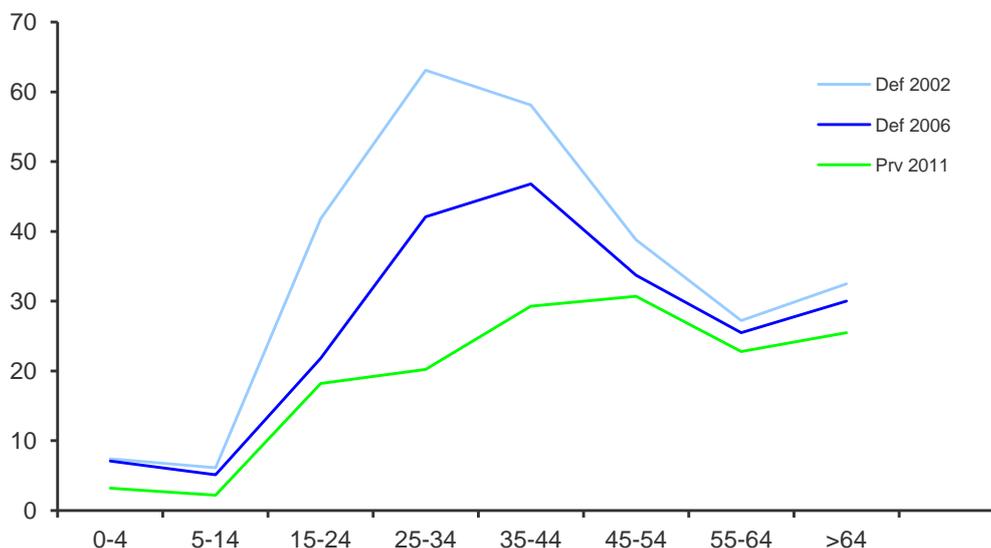


Figura 4. Taxa de Incidência por 100 mil habitantes, por grupos etários e evolução do padrão de distribuição etária em 10 anos (aval def. 2002-2006 e na avaliação provisória em 2011).

IV Localização da Doença

Em 73% dos doentes, os pulmões estavam atingidos e, entre estes, 8% tinham também lesões em outros órgãos. Dos casos com lesões exclusivamente extra-pulmonares (27%), a maior parte (41%) são pleurais e 40% são linfáticas, intra ou extra-torácicas. As intra-cranianas (incluindo meningites e outras) ocorreram em 4% das extra-torácicas (tem-se registado diminuição sensível) e as disseminadas em 9% 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 de meningite.

Os doentes com a co-infecção TB/VIH têm lesões extra-pulmonares em 50% do total de casos e, entre as extra-pulmonares, apenas em 2 casos foram reportadas lesões no sistema nervoso central. As lesões são disseminadas em 14% entre o total de casos de co-infecção.

V Proporção de casos com origem noutros países.

O número de casos em estrangeiros mantém-se estável desde 2004, sendo que a proporção relativamente aos nacionais tem vindo a aumentar (em 2011, foram notificados 372 casos entre novos e retratamentos); a mesma proporção do ano passado – 16% do total. Esta proporção é a mais baixa da UE (que tem no seu conjunto 25%, sendo em 10 países mais de 50% e em 3 mais de 80%).

Em Portugal, dominam os imigrantes oriundos de Angola 22% dos casos estrangeiros, seguidos dos da Guiné-Bissau (18%), Cabo Verde (18%), Brasil (10%), Roménia (7%) e Moçambique (5%). Estima-se que no conjunto das comunidades, enquanto residentes em Portugal, a taxa de incidência seja de 87/100mil, ou seja, 4 vezes mais do que na população geral. Do total, 60% têm origem na África Subsaariana, significativamente menos que nos anos anteriores.

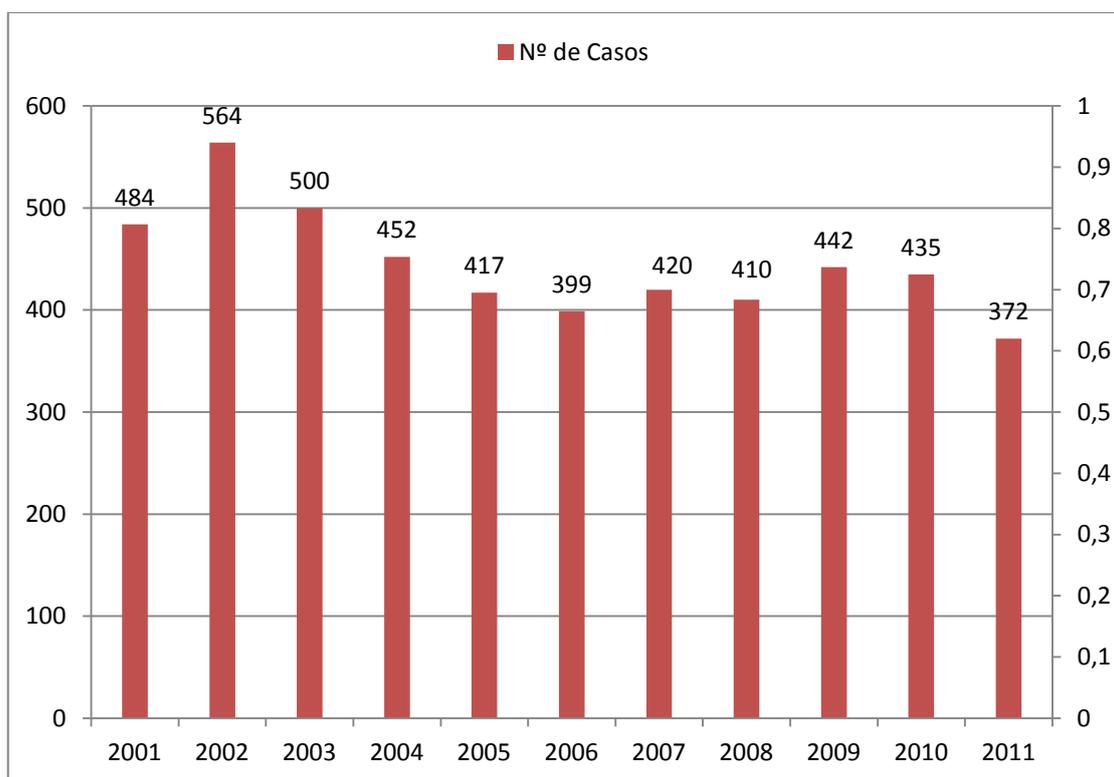


Figura 5. Número de casos notificados de TB em pessoas nascidas em outros países 2001-2011

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 2011 tenha sido de 84/100 mil, o que significa que têm 4 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 4).

<i>País de origem (comunidades com mais de 20 casos detectados)</i>	<i>Nº de casos notificados em 2011</i>	<i>Risco de TB relativamente à população geral</i>
Brasil	38	1,5 x mais
Roménia	24	3 x mais
Cabo Verde	66	7 x mais
Guiné-Bissau	66	15 x mais
Angola	82	16 x mais
Moçambique	18	24 x mais
Todos os países	372	4 x mais

Tabela 4. Casos notificados em estrangeiros em 2011 e risco relativo por comunidades residentes em Portugal.

VI Prevalência da Infecção VIH/SIDA.

A infeção VIH/SIDA é, de longe, o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de TB ativa. O teste VIH nas pessoas com tuberculose é um objectivo programático importante, sendo que se tem verificado um aumento progressivo da sua cobertura. Em 2010, o teste cobriu 89% dos casos de TB, confirmando-se a prevalência de infeção VIH em 12% dos casos (328 casos) o que representa um decréscimo de 52% nos últimos 10 anos (Figura 6). É das maiores prevalências registadas em toda a União Europeia, a seguir à Irlanda, predominando nos distritos de Setúbal (15%), Faro (17%), e Lisboa (20%). A maioria dos casos, (82%), estão concentrados nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto.

Em 2011 parece confirmar-se a tendência decrescente da prevalência do VIH entre os doentes com TB, com 256 casos diagnosticados (dos quais apenas 4 (1,6%) foram

detectados por rastreio ativo) o que corresponde a uma prevalência de 11%. Os dados relativos à cobertura do teste são ainda preliminares, sabendo-se que a taxa de cobertura costuma aumentar no decorrer do ano seguinte.

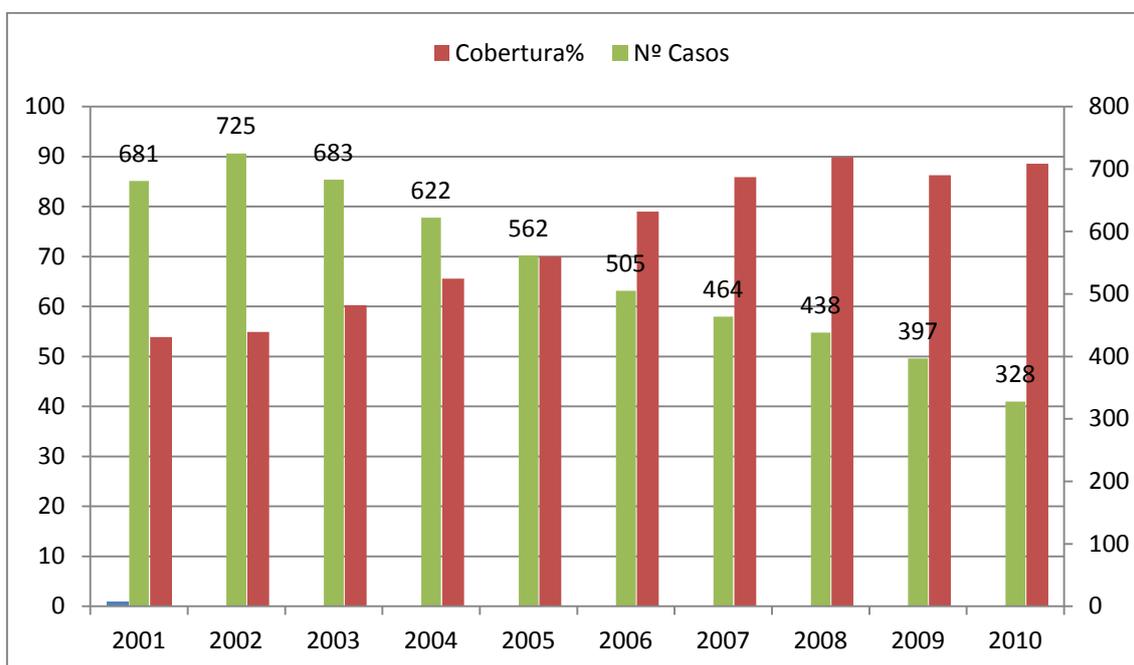
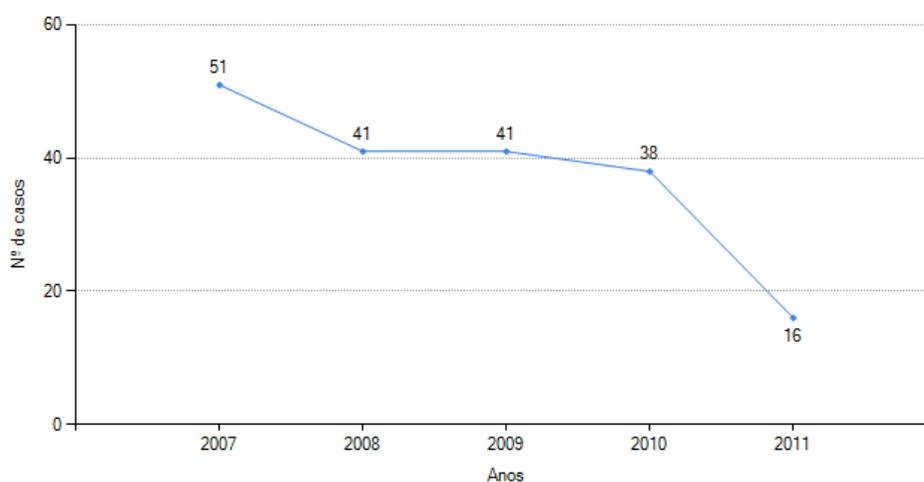


Figura 6. Número de casos notificados com VIH positivo: 2001-2010 (barras verdes) e evolução da taxa de cobertura do VIH. (Barras encarnadas)

Até 30 de Novembro de 2011, a TB foi a principal causa de morte entre as pessoas com VIH/SIDA, tendo sido responsável por 41% dos óbitos (dados do Núcleo de Vigilância Laboratorial e Doenças Infecciosas do INSA).

VII TB na População Reclusa.

Em 2011 foram notificados 16 casos de TB entre os reclusos. Apesar de corresponder a uma descida acentuada verificada nos últimos anos (Figura 7), traduz-se ainda numa taxa de incidência muito elevada (89/100mil) e num risco 4 vezes maior do que na população em geral



VIII 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, quer 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, a que foi dado o nome de Tuberculose Extensivamente Resistente (TB XDR), uma forma de TB MR em que, além da resistência à H e à R, se observa também resistência a quase todos, se não a todos, os medicamentos utilizados para tratar a doença. Em Portugal, a incidência da TB multirresistente parece ter vindo a reduzir (vide Figura 8), representando, em média, 1,7% dos casos de tuberculose em 2011 (1,3% nos casos novos e 8,2% nos retratamentos). É uma proporção inferior à média na União Europeia e encontra-se praticamente circunscrita às áreas metropolitanas do Porto e, principalmente, de Lisboa.

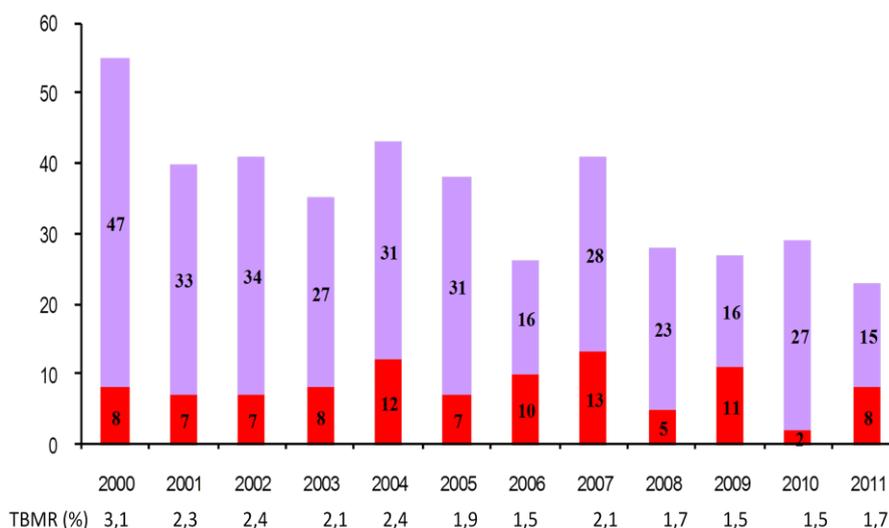


Figura 8. Número de casos incidentes de TBMR por ano, de 2000-11 compreendendo a multirresistência limitada às drogas de 1ª linha (barras azuis) e a XDR (barras encarnadas) a soma das duas é o total de casos de TBMR. Fonte: SVIG-TB e SVIG-TBMR atualizada em março de 2012

Apesar do nível da multirresistência não ser elevado, a TB MR está a revelar-se com carácter endémico (presença constante nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto), sem estar restringida a algum fator de risco, ocorre em adultos e crianças e, em muitos casos não se encontra ligação epidemiológica a outros casos. Em mais de 70% não está relacionada com tratamentos anteriores. Este carácter endémico e a constatação de que em muitos casos as opções terapêuticas são extremamente limitadas, levaram a que se procedesse a um estudo de prevalência da resistência às diversas drogas de 1ª e 2ª Linhas, com base nas bases de dados do sistema de vigilância de base clínica e de base laboratorial SVIG-TB e SVIG-TB MR, respectivamente.

O sucesso terapêutico alcançado nas coortes de 2005, 2006 e 2007 de TBMR avaliadas, alcançam já a meta ambiciosa para 2015 do Plano de Ação da OMS para a TBMR 2011-2015 (propostas também para o Plano Nacional e Saúde 2011-2016): $\geq 75\%$.

IX Taxas de Detecção e de Cura

Os objetivos prioritários do PNT são a deteção 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.

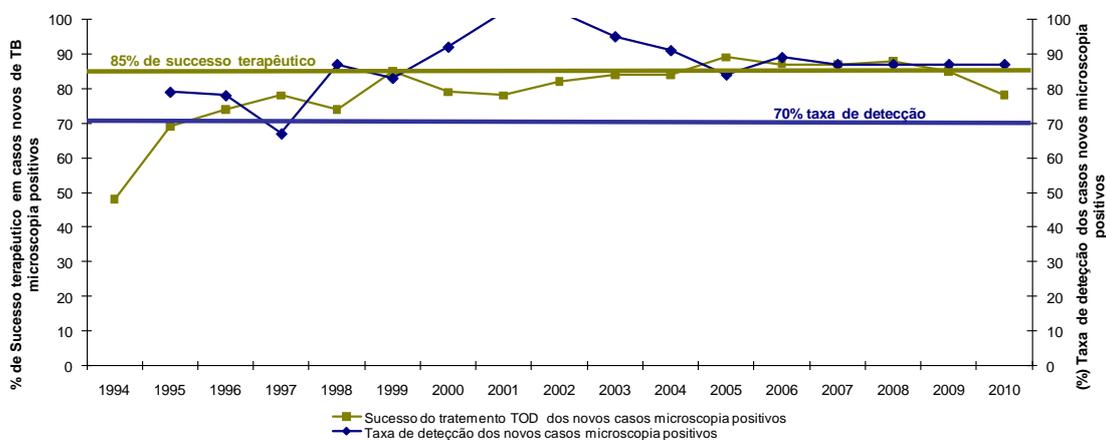


Figura 9. Taxa de deteção e taxa de sucesso terapêutico nos casos bacilíferos avaliada nas coortes de 1994 a 2010 segundo o *Global Tuberculosis Control Report WHO 2009* e o sistema nacional de vigilância da TB (SVIG-TB).

Portugal é um dos sete países da União Europeia que superaram a taxa de deteção, com 87%, e um dos três únicos países que superaram a taxa de cura com 87% em 2009. No entanto, a análise da coorte de 2010 (excluído os casos multirresistentes), revela em Portugal uma redução da taxa de sucesso terapêutico para 77%, ou seja, significativamente aquém da meta proposta, aspeto que não se verificava desde 2004. Na figura 9 pode observar-se a evolução da performance em relação à deteção e sucesso, desde que se começou a monitorizar em 1994. O alcance conjugado dos dois objectivos atingiu-se até 2009.

X Grupos de Risco e Prognóstico

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

Algumas populações portadoras de fatores de risco, além de terem maior risco de infeção, 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 5 mostra como o prognóstico da doença está associado a fatores de natureza demográfica.

Grupos de Risco	Cura avaliada em 2007	Cura avaliada em 2008	Cura avaliada em 2009	Cura avaliada em 2010
Sem risco	93%	91%	93%	82%
Imigrantes	76%	84%	87%	77%
Toxicodependentes	65%	70%	74%	64%
Infetados VIH	63%	70%	74%	58%
Sem abrigo	56%	69%	77%	53%

Tabela 5. Sucesso terapêutico em Portugal avaliado aos 12 meses após o início do tratamento, conforme os grupos de risco considerados.

XI Indicadores de Gestão de Caso

O PNT, em linha com as orientações da OMS e do ECDC, tem objectivos para a performance do processo, cuja sistematização se apresenta na tabela seguinte e que tem como objectivo disponibilizar uma grelha de indicadores de referência para a avaliação do programa a nível local e de serviço.

Indicador	Meta	Resultado Coorte 2009	Resultado Coorte 2010
Proporção dos casos bacilíferos	>50%	52,9 %	51%
Taxa de confirmação por cultura	>50%	68,5 %	67%
Taxa de cobertura do TSA	>80%	83,5 %	85,6%
Taxa de cobertura do Teste VIH	>80%	87 %	54%
Taxa de aplicação da TOD nos TBP D+	>80%	82,3 %	84%
Taxa de sucesso terapêutico (não TB MR)	>85%	87 %	77%
Taxa dos casos "ainda em tratamento" (não TB MR)	<2%	2,4 %	12,3%

Tabela 6. Principais indicadores de gestão de casos, objectivos programáticos, metas, e valores alcançados em 2009 e 2010.

Como se pode observar actualmente no país, os indicadores principais de gestão do processo foram alcançados em 2009.

Contudo, a análise da coorte de 2010, revela uma nítida redução da cobertura do Teste VIH assim como da taxa de sucesso terapêutico, devido essencialmente, a excesso de casos não considerados curados aos 12 meses de tratamento.