



GOVERNO DO
DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE
ESTADO DE SAÚDE
DO DF



Diretoria de Vigilância
Epidemiológica

Gerência de Doenças
Crônicas e Outros
Agravos Transmissíveis
(GEDCAT)

Endereço:
SBN QD, 2, Lt 4, BLP,
1º subsolo. Brasília/DF
CEP: 70.040-020
tuberculosedf@gmail.com

Equipe Elaboração:
Elaine F. Morelo
Françoise V. Barbosa
Lindivânia Brandão

Revisão Técnica:
Ivoneide Duarte
C.Giovanetti
(Gerente da GEDCAT)

Teresa Cristina Segatto
(Diretora da DIVEP)

BOLETIM INFORMATIVO, TUBERCULOSE - DF

Março/2016,
Volume1, Edição 1.

Apresentação

A tuberculose (TB) continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo, pois, obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, considerando a grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

É importante destacar que o alcance de melhores indicadores operacionais e epidemiológicos da tuberculose no Brasil e Distrito Federal, depende diretamente de ações bem estruturadas da vigilância epidemiológica e implementação das estratégias de controle preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, tais como: diagnóstico precoce, tratamento até a cura, vacinação BCG, tratamento da infecção latente – ILTB e o controle de contatos¹.

Neste sentido, a pactuação de indicadores e metas relativas ao controle da tuberculose no Distrito Federal, formalizada anualmente entre o Ministério da Saúde e a SES-DF, evidencia o comprometimento político entre as esferas do governo, possibilitando monitoramento e avaliação mais efetiva dos serviços de saúde.

O objetivo deste boletim epidemiológico é avaliar os dados da tuberculose no Distrito Federal no ano de 2014, coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2015. Os resultados encontrados deverão subsidiar as ações estratégicas e medidas de controle, visando diminuir os casos de tuberculose no Distrito Federal e contribuir para qualidade de vida da população.

1- Programa de Controle da Tuberculose no Distrito Federal

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no Distrito Federal tem avançado principalmente na descentralização das ações, detecção de casos e inovação tecnológica para o diagnóstico. O PCT está descentralizado em 63 unidades de atenção primária, seis unidades prisionais, cinco hospitais, um centro de referência para casos de multidrogarresistência, três ambulatórios para moradores em situação de rua e uma unidade de internação no Hospital Regional do Gama (HRG).

Nas unidades prisionais, as equipes de saúde que prestam assistência foram capacitadas a realizarem a prova tuberculínica com o derivado protéico purificado (PPD), baciloscopia, Tratamento Diretamente Observado (TDO), aprimorando, assim, o diagnóstico precoce e tratamento oportuno aos internos com tuberculose.

O diagnóstico laboratorial é realizado nos laboratórios públicos das 15 Regionais de Saúde, e estão sob a supervisão direta do Laboratório Central de Saúde Pública do DF (LACEN), que é responsável pelo controle de qualidade das baciloscopias, sendo também referência para exames de cultura do bacilo de *Koch* na Região Centro-Oeste.

Em 2014, o Distrito Federal disponibilizou quatro equipamentos *GeneXpert* para realização do teste molecular para Tuberculose – exame rápido, simples, automatizado e de fácil execução, detecta simultaneamente o *Mycobacterium tuberculosis* e resistência à rifampicina, diretamente no escarro, em torno de duas horas. Os quatro equipamentos *GeneXpert* foram alocados nos laboratórios das regionais de saúde de: Taguatinga, Gama, Paranoá e no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN).

2- Tuberculose no Distrito Federal

No Distrito Federal, em 2014, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 436 casos da doença, desses 385 são casos novos, com um coeficiente de incidência de 13,4 casos por 100.000 habitantes. O Distrito Federal apresenta um dos menores coeficientes de incidência de tuberculose no país.

Na tabela 1 observa-se que as Regiões Administrativas de Ceilândia, Samambaia, Taguatinga e Planaltina apresentaram o maior número de casos notificados.

Nota-se também que o maior coeficiente de incidência ocorreu na Região Administrativa de Planaltina (21,7 casos por 100.000 habitantes).

Considera-se caso de tuberculose todo indivíduo com diagnóstico bacteriológico confirmado (baciloscopia ou cultura positiva) ou baseado em dados clínicos epidemiológicos e resultados de exames complementares².

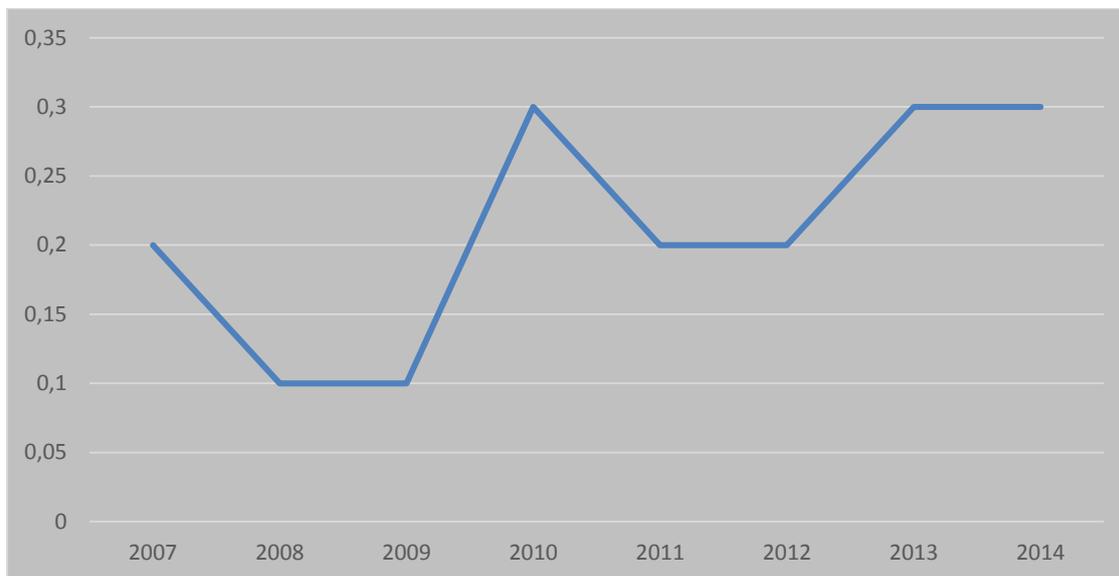
Tabela 1 – Número e Percentual de casos novos de tuberculose e coeficiente de incidência (por 100.000 habitantes) segundo as regionais de residência. Distrito Federal, 2014.

Regional de residência	Casos Novos		Coeficiente de Incidência
	Nº	%	
Sul	9	2,3	5,9
Norte	29	7,5	10,4
Brazlândia	5	1,2	7,9
Ceilândia	62	16,1	13,9
Gama	22	5,7	14,7
Guará	25	6,4	16,1
Núcleo Bandeirante	15	3,8	10,3
Paranoá	15	29,8	13,6
Planaltina	41	10,6	21,7
Rec. Emas	18	4,6	13,1
Samambaia	31	8	14,1
Santa Maria	18	4,6	13,8
São Sebastião	10	2,5	10,7
Sobradinho	26	6,7	14,8
Taguatinga	57	14,8	13,3
Distrito Federal	385	100	13,5

Fonte: SINANNET-TB/ SES/DF.

A figura 1 apresenta os dados de mortalidade por tuberculose no Distrito Federal em uma série histórica de oito anos. Durante o período de avaliação foi constatado que o coeficiente de mortalidade por tuberculose teve um decréscimo nos seguintes períodos: 2007-2008; 2010-2011 e uma elevação nos anos de 2009-2010 e 2012-2013, intercalados por períodos sem alterações no número de casos em: 2008-2009; 2011-2012 e 2013-2014. O coeficiente de mortalidade por tuberculose no DF em 2014 foi de 0,3 óbitos por 100.000 habitantes, bem abaixo da média nacional que foi de 2,3 no mesmo período³.

Figura 1 – Coeficiente de mortalidade por tuberculose. Distrito Federal, 2007 a 2014.



Fonte: SINANNET-TB/ SES/DF.

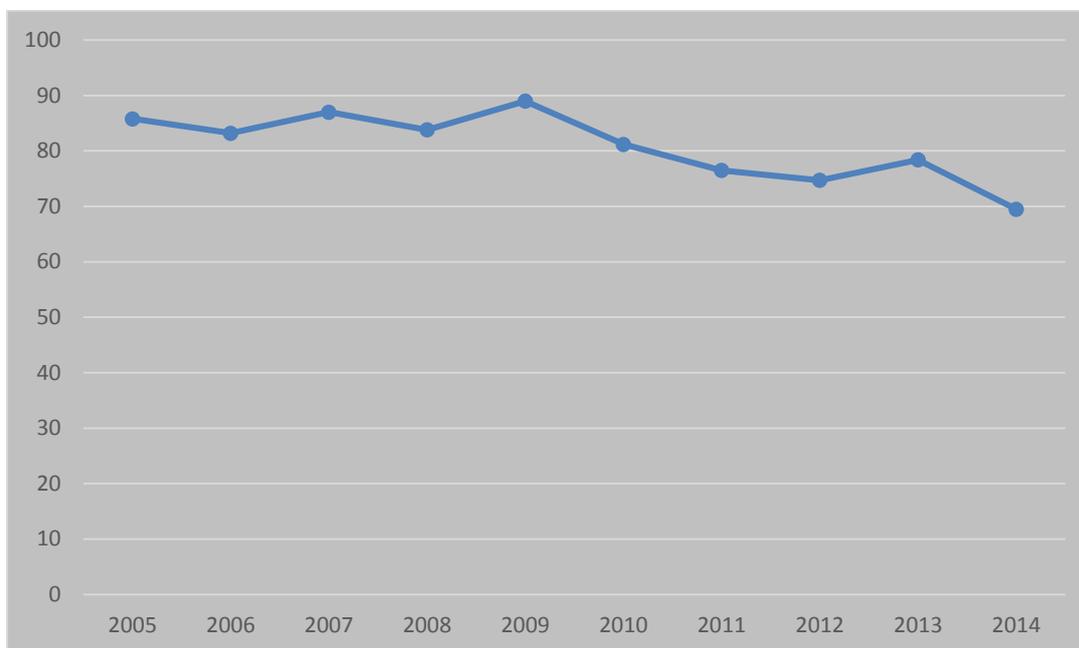
A figura 2 apresenta a série histórica de 10 anos da proporção de cura dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial. Observa-se que em alguns períodos foi superada a meta preconizada, porém nos três últimos anos houve diminuição da proporção de cura, decorrente do aumento no percentual de transferências e também da elevação do número de abandonos do tratamento por moradores em situação de rua, usuários de álcool /drogas e pelos portadores da coinfeção TB/ HIV.

A Organização Mundial de Saúde – OMS e o Ministério da Saúde - MS preconizam uma meta de cura em pelo menos 85% dos casos de tuberculose pulmonar positiva.

A ênfase para tuberculose pulmonar pode ser explicada pelo fato de que esta forma além de ser a mais freqüente, é também a mais relevante para a saúde pública, pois, é responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença².

Importante considerar também que a tuberculose é uma doença curável em aproximadamente 100% dos casos, desde que considerados os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento².

Figura 2 – Proporção de cura entre os casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial em residentes no Distrito Federal, no período 2005 a 2014.



Fonte: SINANNET-TB/ SES/DF.

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) faz parte da estratégia que visa fortalecer a adesão do paciente ao tratamento, reduzindo os casos de abandono e aumentando o percentual de cura. No TDO, o profissional capacitado supervisiona a tomada do medicamento desde o início do tratamento até a sua cura².

No Distrito Federal a média de casos novos de tuberculose que realizaram o TDO em 2014 foi de 56%. As Regiões Administrativas que apresentaram maior percentual de TDO realizado foram: Guará e Paranoá com 87%, Planaltina e São Sebastião com 85% entre os casos novos notificados pela regional de saúde.

A regional do Gama apresentou o menor percentual de realização de TDO (15%) dos casos novos notificados na regional de saúde.

É recomendado que o tratamento Diretamente Observado seja oferecido a todos aqueles que tiverem o diagnóstico de tuberculose².

Tabela 2 – Proporção de casos de tuberculose em Tratamento Diretamente Observado, por regional de notificação. Distrito Federal -2014.

Regional de Notificação	Casos de Tuberculose	TDO	
		Realizado	% realizado
Sul	69	20	29
Norte	83	63	76
Ceilândia	45	31	69
Brazlândia	4	1	25
Taguatinga	47	18	38
Sobradinho	23	16	70
Planaltina	33	28	85
Guará	15	13	87
Samambaia	20	8	40
Gama	41	6	15
Rec das Emas	5	3	60
Sta Maria	11	4	36
São Sebastião	13	11	85
Núcleo Bandeirante	5	4	80
Paranoá	15	13	87
DISTRITO FEDERAL	429	239	56

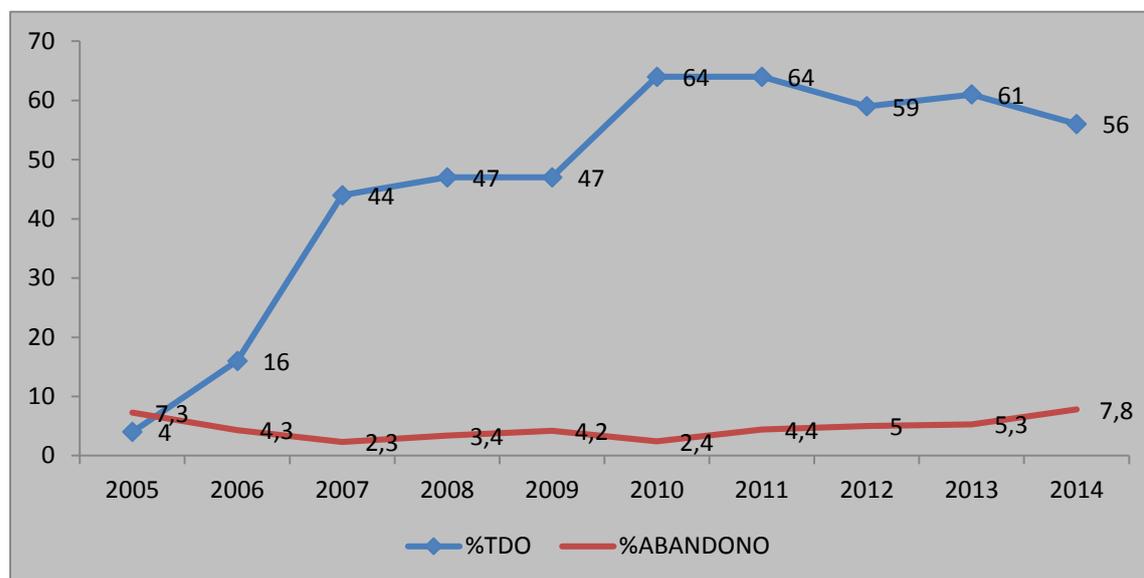
Fonte: SINANNET-TB/ SES/DF.

A figura 3 apresenta a proporção de abandono do tratamento de tuberculose em uma série histórica de 10 anos, onde os menores percentuais encontram-se nos anos de 2007 (2,3%) e 2010 (2,4%) e os maiores em 2013 (5,3%) e 2014 (7,8%). Para analisar este dado deve-se considerar que o percentual de 5% corresponde ao máximo aceitável pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde.

Em 2013 foram implantados no Distrito Federal três ambulatórios para moradores em situação de rua, que, por conseguinte, aumentou o número de notificações de casos de tuberculose em segmentos populacionais específicos, tais como pessoas em situação de rua e usuários de álcool/drogas, evidenciando, por um lado, melhor acesso, porém, por outro lado, desafio em acompanhar até o final do tratamento casos que se encontram em vulnerabilidade social.

Além disso, a figura 3 evidencia decréscimo no percentual de TDO realizado, passando de 64% em 2010 para 56% em 2014, que também pode ter contribuído para o aumento do número de abandonos no mesmo período.

Figura 3 - Percentual de abandono do tratamento de tuberculose e de tratamento supervisionado em residentes do Distrito Federal, no período de 2005 a 2014.



Fonte: SINANNET-TB/ SES/DF.

Quanto à investigação de HIV em pessoas com diagnóstico de tuberculose, o Ministério da Saúde recomenda que seja realizado o teste anti-HIV em todos os pacientes com tuberculose, visto que a tuberculose (TB) ativa em pessoas que vivem com HIV/AIDS é a condição de maior impacto na mortalidade por AIDS e por TB no país e frequentemente o diagnóstico da infecção pelo HIV ocorre durante o curso da tuberculose⁴. No DF, a realização do teste anti- HIV vem aumentando ano a ano, sendo que em 2014, este exame foi realizado em 88 % dos casos novos de tuberculose.

Os Distritos de Residência de Águas Claras, Asa Sul, Candangolândia, Jardim Botânico, Lago Norte e Sul, Riacho Fundo I e II, São Sebastião, Sudoeste/Octogonal e Vicente Pires testaram 100% dos seus casos. Por outro lado, Sobradinho II apresentou a menor taxa de realização deste exame em residentes do DF, com 43% do total dos casos, conforme demonstrado na tabela 3.

Apesar de alcançar a meta pactuada com o Ministério da Saúde em 2014, de 85% de realização de testes anti-HIV, o Distrito Federal apresenta algumas áreas com testagem abaixo do indicador pactuado, podendo não expressar a situação real da coinfeção.

As localidades que apresentaram os menores percentuais de testagem: Sobradinho II (43%), Sobradinho (73%), Fercal (75%), Gama (77%) e Planaltina

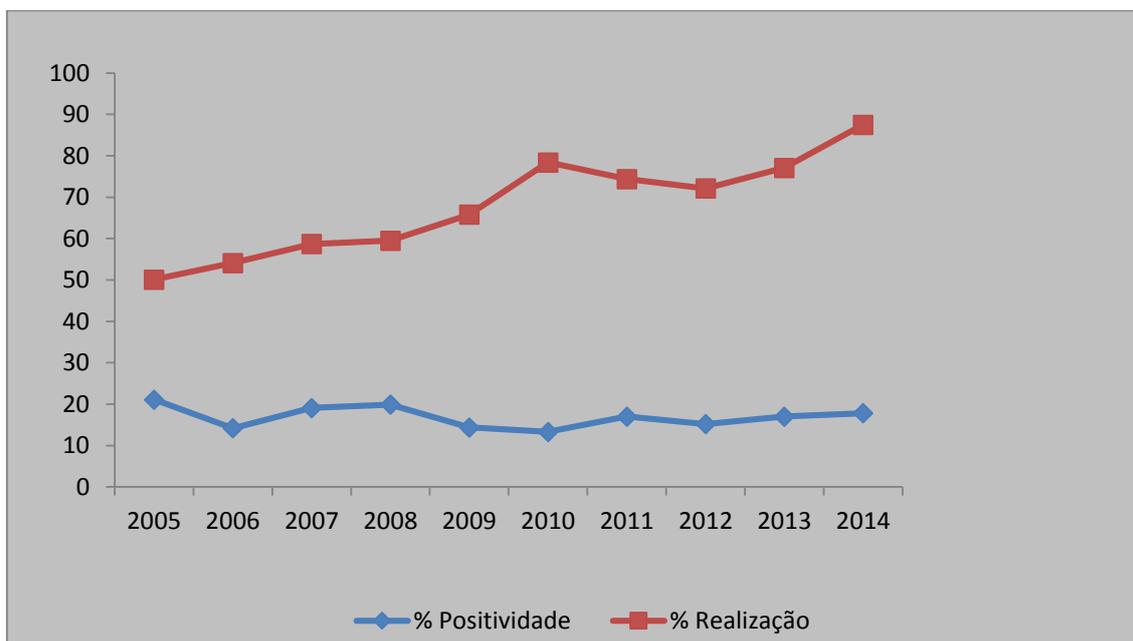
(78%), também mostraram baixas proporções da coinfeção, como mostra a tabela 3. Diante deste quadro, ressalta-se também que nos últimos três anos, o DF apresentou aumento da positividade de HIV à medida que se elevou o número de casos testados (figura 4), portanto as áreas mencionadas podem estar perdendo a oportunidade do diagnóstico precoce de HIV em pessoas com tuberculose para que estes em tempo oportuno utilizem antiretrovirais disponíveis na rede para minimizar os impactos da dupla infecção.

Tabela 3 – Número e percentual de realização de exames anti-HIV e de casos de coinfeção TB-HIV, segundo Distrito de Residência. Distrito Federal, 2014.

Distrito de Residência	EXAMES ANTI-HIV				Total
	Realizados		Resultados Positivos		
	N	%	N	%	
AGUAS CLARAS	14	100	4	28,6	14
ASA NORTE	18	90	4	20,0	20
ASA SUL	5	100	1	20,0	5
BRAZLÂNDIA	4	80	0	0,0	5
CANDANGOLANDIA	2	100	1	50,0	2
CEILÂNDIA	59	95	8	12,9	62
CRUZEIRO	4	80	0	0,0	5
FERCAL	3	75	0	0,0	4
GAMA	17	77	2	9,1	22
GUARÁ	18	90	2	10,0	20
ITAPOÃ	4	80	0	0,0	5
JARDIM BOTANICO	1	100	1	100,0	1
LAGO NORTE	2	100	1	50,0	2
LAGO SUL	3	100	1	33,3	3
NUCLEO BANDEIRANTE	5	83	1	16,7	6
PARANOÁ	9	90	1	10,0	10
PARK WAY	2	100	0	0,0	2
PLANALTINA	32	78	4	9,8	41
RECANTO DAS EMAS	15	83	1	5,6	18
RIACHO FUNDO I	4	100	2	50,0	4
RIACHO FUNDO II	1	100	0	0,0	1
SAMAMBAIA	28	90	2	6,5	31
SANTA MARIA	16	89	2	11,8	18
SÃO SEBASTIÃO	10	100	2	18,2	10
SCIA (ESTRUTURAL)	4	80	2	40,0	5
SIA	0	0	0	0,0	0
SOBRADINHO	11	73	1	6,7	15
SOBRADINHO II	3	43	1	14,3	7
SUDOESTE/OCTOGONAL	2	100	0	0,0	2
TAGUATINGA	35	97	13	36,1	36
VARJÃO	0	0	0	0,0	0
VICENTE PIRES	7	100	3	42,9	7
DF	338	88	60	15,6	385

Fonte: SINAN NET-TB/ SES/DF

Figura 4 - Percentual de realização e positividade do exame anti-HIV. DF, 2005 a 2014. positividade e realização do exame anti-HIV. DF, 2005 - 2014

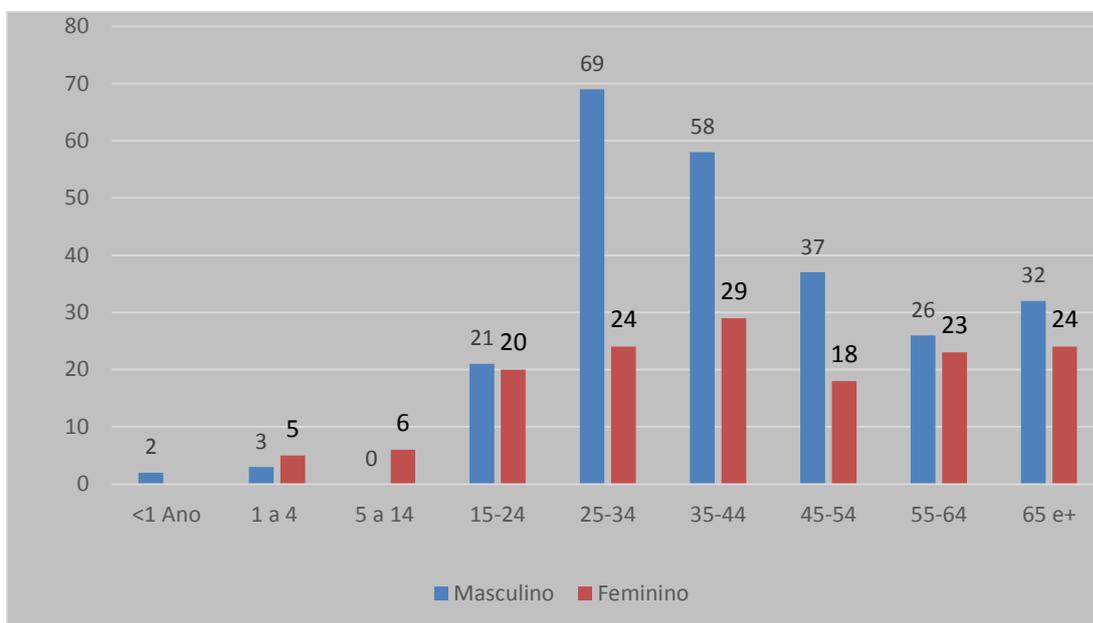


Fonte: SINANNET-TB/ SES/DF.

A figura 5 apresenta os casos novos de tuberculose pulmonar em 2014 no Distrito Federal distribuídos por sexo e faixa etária. Observa-se uma transmissão ativa do bacilo na população economicamente ativa, concentrando-se na faixa etária entre 25 e 44 anos e no sexo masculino. Dados semelhantes são encontrados no âmbito nacional, onde todos os grupos etários são atingidos, com maior predomínio nos indivíduos economicamente ativos (15 a 54 anos de idade) e do sexo masculino⁵. O estilo de vida adotado por uma parcela significativa dos adultos jovens, como uso de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, tabagismo, horários irregulares para alimentação e maior exposição à aglomeração de pessoas favorecem a infecção pelo *M. tuberculosis*⁶.

Quanto à tuberculose em idosos pode-se afirmar que é mais freqüente em países desenvolvidos, no entanto, o papel do idoso na endemia da tuberculose no Brasil tem sido cada vez mais importante, visto que à medida que a população está envelhecendo, maior é a vulnerabilidade deste segmento à reativação endógena e reinfecção exógena⁷. Em consonância ao panorama apresentado, a figura 5 demonstra que a faixa etária de 65 anos ou mais em mulheres no Distrito Federal apresenta a segunda maior prevalência em tuberculose, com o mesmo número de casos em jovens de 25 a 34 anos.

Figura 5 – Distribuição dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, segundo faixa etária e sexo. Distrito Federal - 2014.



Fonte: SINANNET-TB/ SES

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito da situação epidemiológica estável da tuberculose no Distrito Federal, como baixa incidência e mortalidade; destaca-se nesta região áreas desfavorecidas socioeconomicamente, como Fercal e Planaltina, que apresentam elevada incidência e necessitam de estratégias eficientes e inovadoras para interromper a cadeia de transmissão e promover ações de prevenção e controle da doença.

Além disso, merece especial destaque alguns segmentos populacionais, como usuários de drogas, moradores em situação de rua, população privada de liberdade e pessoas que vivem com HIV/AIDS; que apresentam maior risco do que a população geral de desenvolver tuberculose ativa e de apresentar um desfecho desfavorável, com maior índice de abandono e óbito.

Por fim, a partir do diagnóstico epidemiológico aqui retratado, visualizam-se melhor as potencialidades e fragilidades locais, que podem contribuir como ferramenta de trabalho para os profissionais de saúde na assistência, gestão e vigilância epidemiológica.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Volume 46. Nº 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Ministério da Saúde, 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. PINTO. ML ET AL. **Ocorrência de casos de tuberculose em Crato, Ceará, no período de 2002 a 2011: uma análise espacial de padrões pontuais**. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 18, nº02. São Paulo, 2015.
7. PEREIRA. AGL et al. **Distribuição espacial e contexto socioeconômico da tuberculose**. Revista Saúde Pública. 49:48. Rio de Janeiro, 2015.