



BRASIL LIVRE DA TUBERCULOSE

Plano Nacional pelo fim da TB como problema de saúde pública

Enfermeiro: Luís Henrique da Cunha

Tuberculose no Mundo e no Brasil



Mundo*

10,4 milhões de pessoas adoeceram com tuberculose em 2015

1,4 milhão morreram de tuberculose em 2015. Incluindo 400 mil pessoas vivendo com HIV

1,2 milhão de pessoas vivendo com HIV desenvolveram tuberculose

Em 2014, 480 mil pessoas desenvolveram Tuberculose Multidrogarresistente (TB-MDR), com 190 mil mortes associadas.

Brasil**

67 mil pessoas adoeceram com tuberculose em 2016

4,5 mil homens, mulheres e crianças morreram de tuberculose em 2015

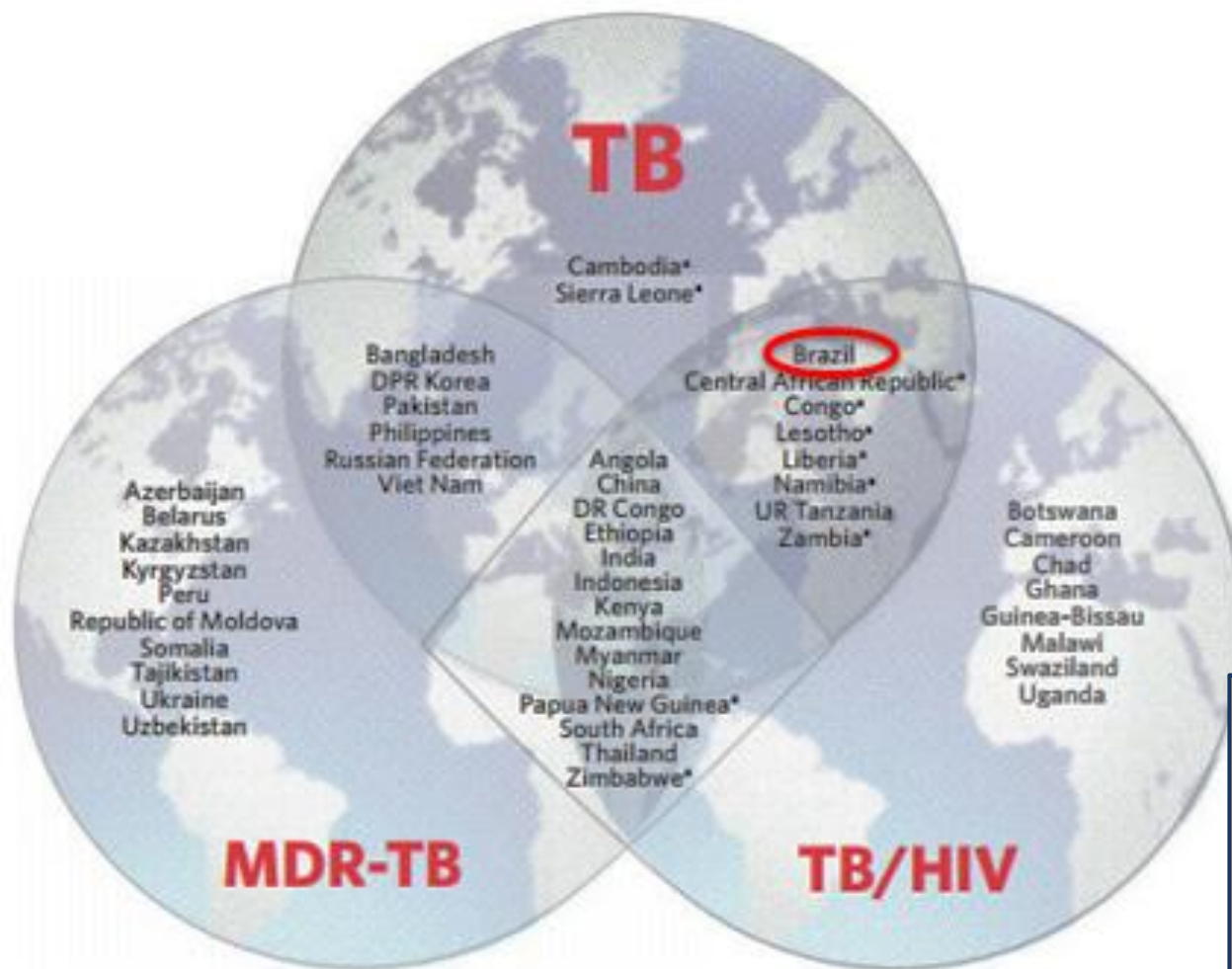
6,2 mil pessoas vivendo com HIV desenvolveram tuberculose

1.044 pessoas desenvolveram tuberculose drogarresistente

Fonte:

* Organização Mundial de Saúde

** Programa Nacional de Controle da Tuberculose



Brasil:

- Países prioritários da OMS para TB e TB-HIV (único país das Américas)
- 33% da carga de TB nas Américas

BRICS

39 % DA CARGA GLOBAL DE TUBERCULOSE



BRASIL



RÚSSIA



ÍNDIA



CHINA



ÁFRICA
DO SUL

34,1 % DE CARGA GLOBAL DE TB-HIV
(exceto Rússia)

ODM e ODS

2000 a 2015



Objetivo 6: Brasil alcançou a meta de reduzir a incidência e a mortalidade

2016 a 2030



Objetivo 3: Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, **tuberculose**, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis

ESTRATÉGIA pelo fim da TB (OMS) **PLANO NACIONAL pelo Fim da TB** **(Brasil)**

UM MUNDO LIVRE DE TB

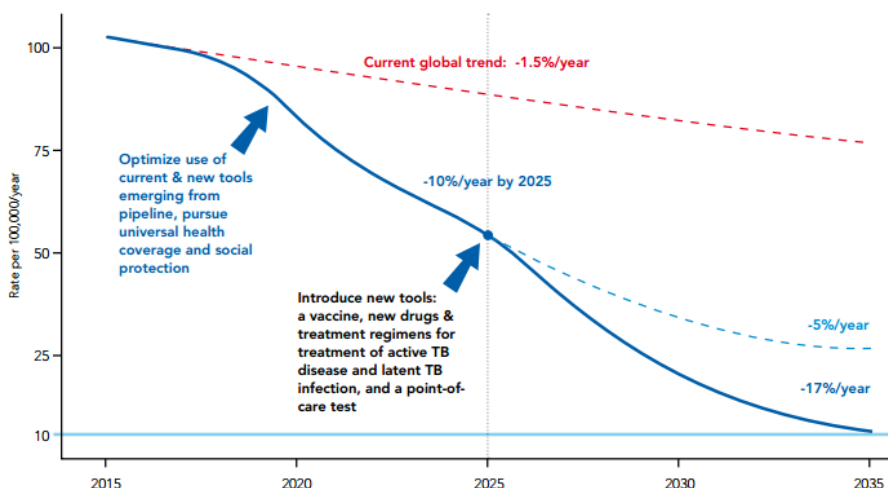
Brasil livre da TB

FIM DA EPIDEMIA GLOBAL DE TB

**Acabar com a TB como problema de
saúde pública até 2035**

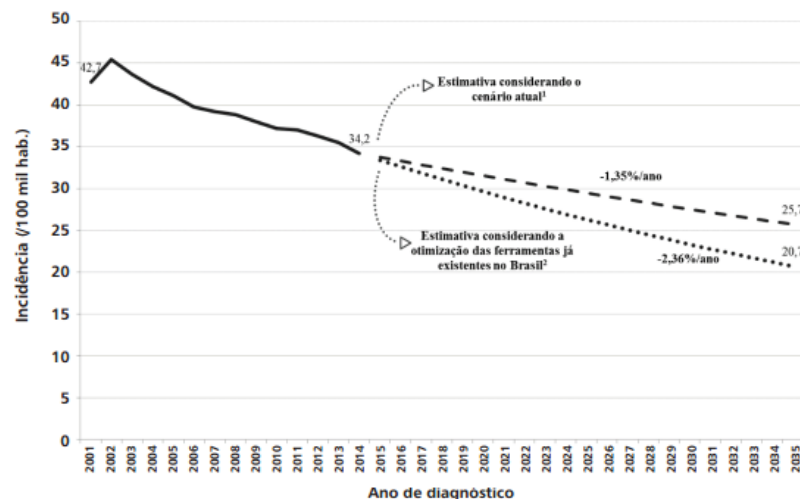
O que precisamos fazer

- Estimativa da OMS para redução da incidência



Fonte: Global TB Report 2016, OMS

- Percentual de mudança no coeficiente de incidência a cada variação de variáveis independentes, 2001 a 2014



¹Modelo de Poisson para o caso de os valores das variáveis independentes: coeficiente de incidência de aids, ESF e TDO observados em 2014 permanecerem constantes.

²Modelo de Poisson com a melhoria progressiva até 2035 das variáveis independentes ajustadas por ano: coeficiente de incidência de aids para 10/100 mil hab., ESF para 90% e TDO para 90%.

Fonte: Boletim Epidemiológico nº 13, 2016

PLANO NACIONAL PELO FIM DA TB

VISÃO

BRASIL LIVRE DA TUBERCULOSE

OBJETIVO

Acabar com a tuberculose como
problema de saúde pública no Brasil
até 2035

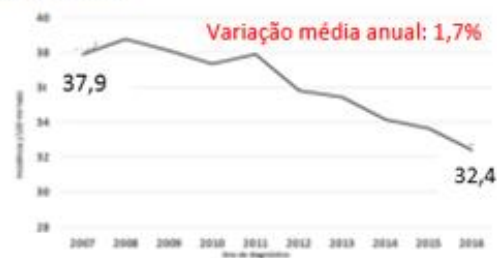
PLANO NACIONAL PELO FIM DA TB

META

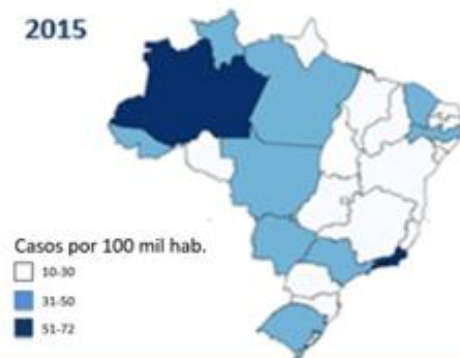
- Reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil hab. até o ano de 2035
- Reduzir o coeficiente de mortalidade para menos de 1 óbito por 100 mil hab. até o ano de 2035

Coeficiente de incidência de tuberculose

2007 a 2016



2015



Coeficiente de mortalidade de tuberculose

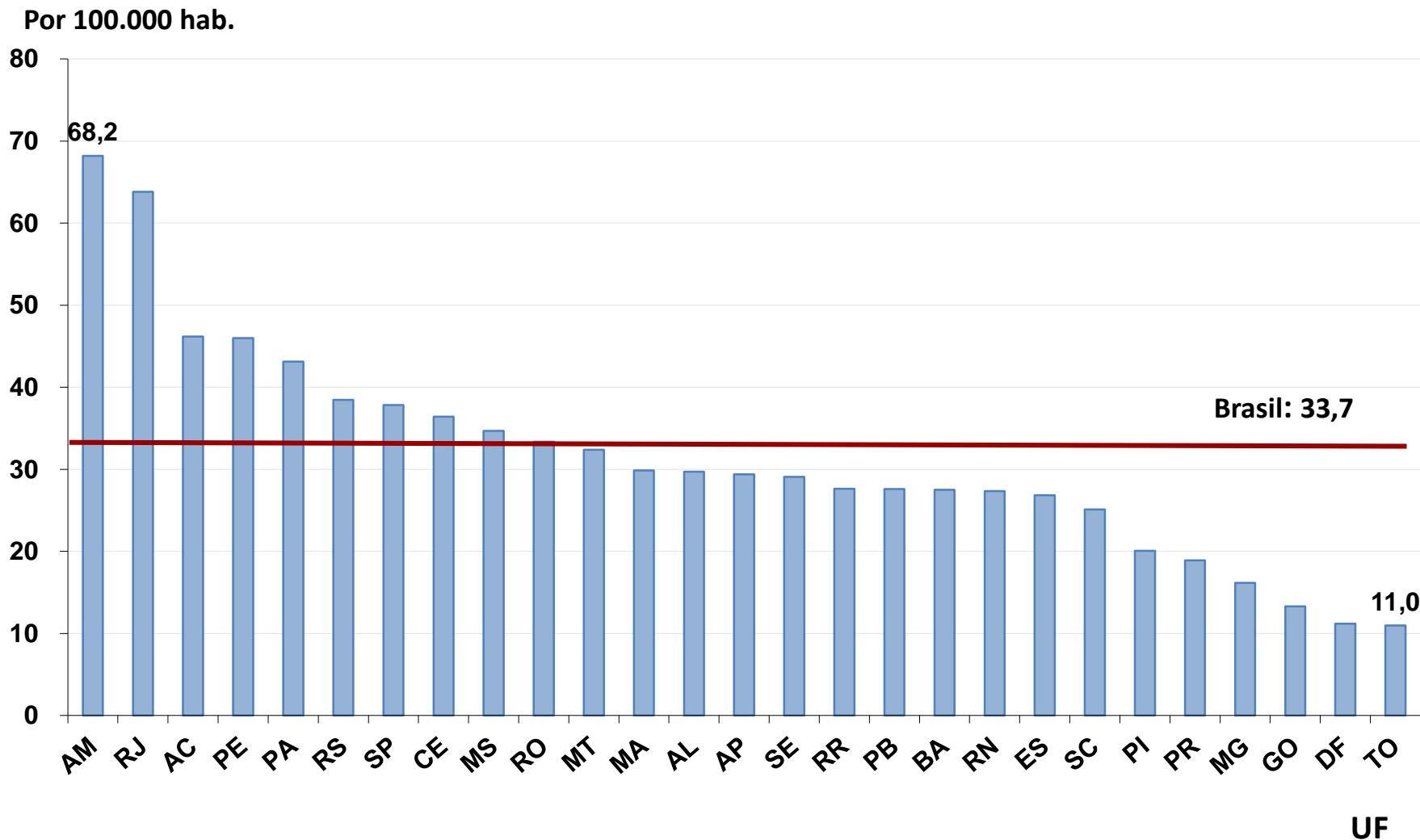
2006 a 2015



2015



Coeficiente de incidência de tuberculose por unidade federada. Brasil, 2016*

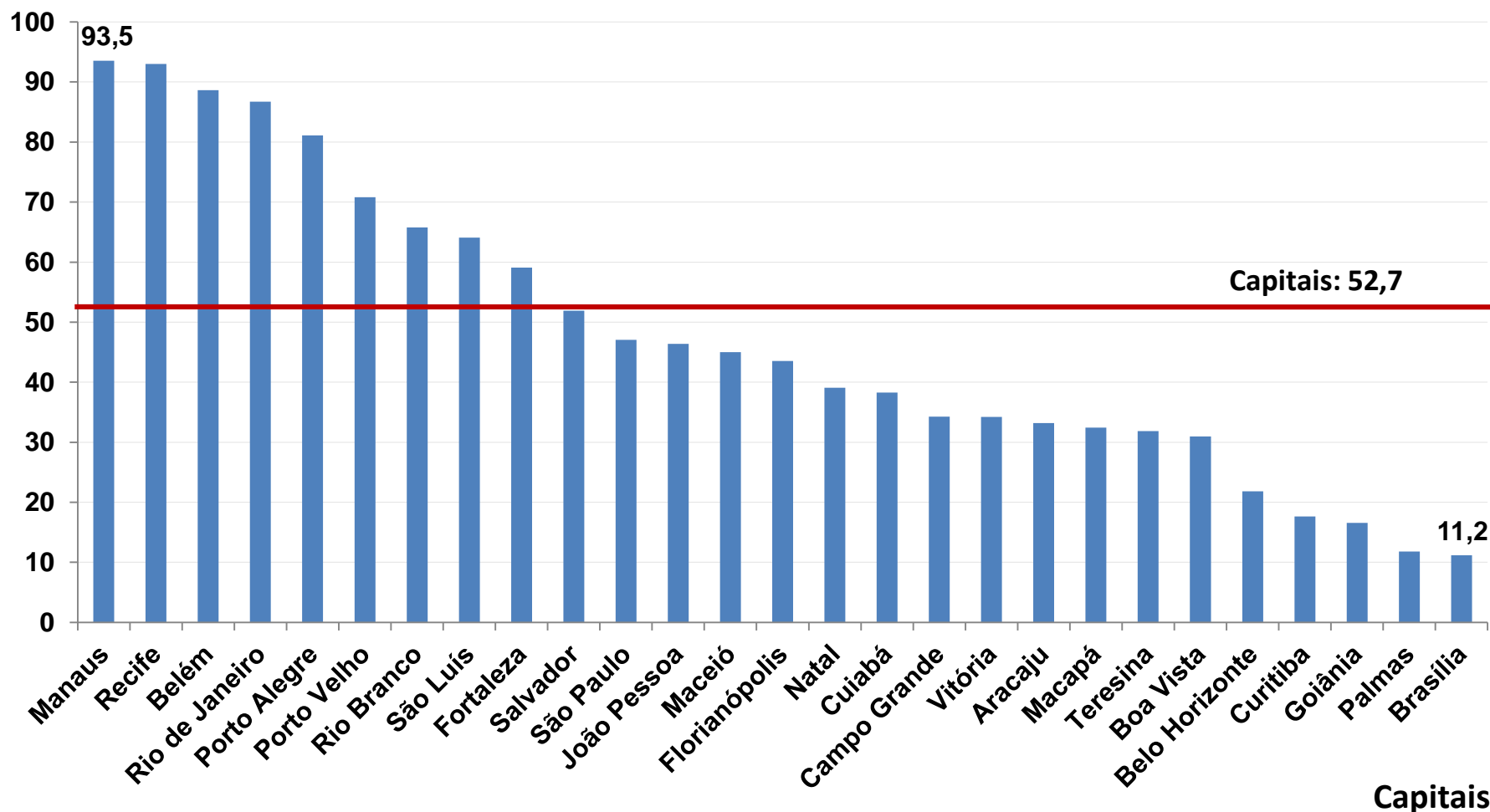


Fonte: SES/MS/Sinan e IBGE.

*Dados preliminares sujeitos a revisão

Coeficiente de incidência de tuberculose por capitais. Brasil, 2016*

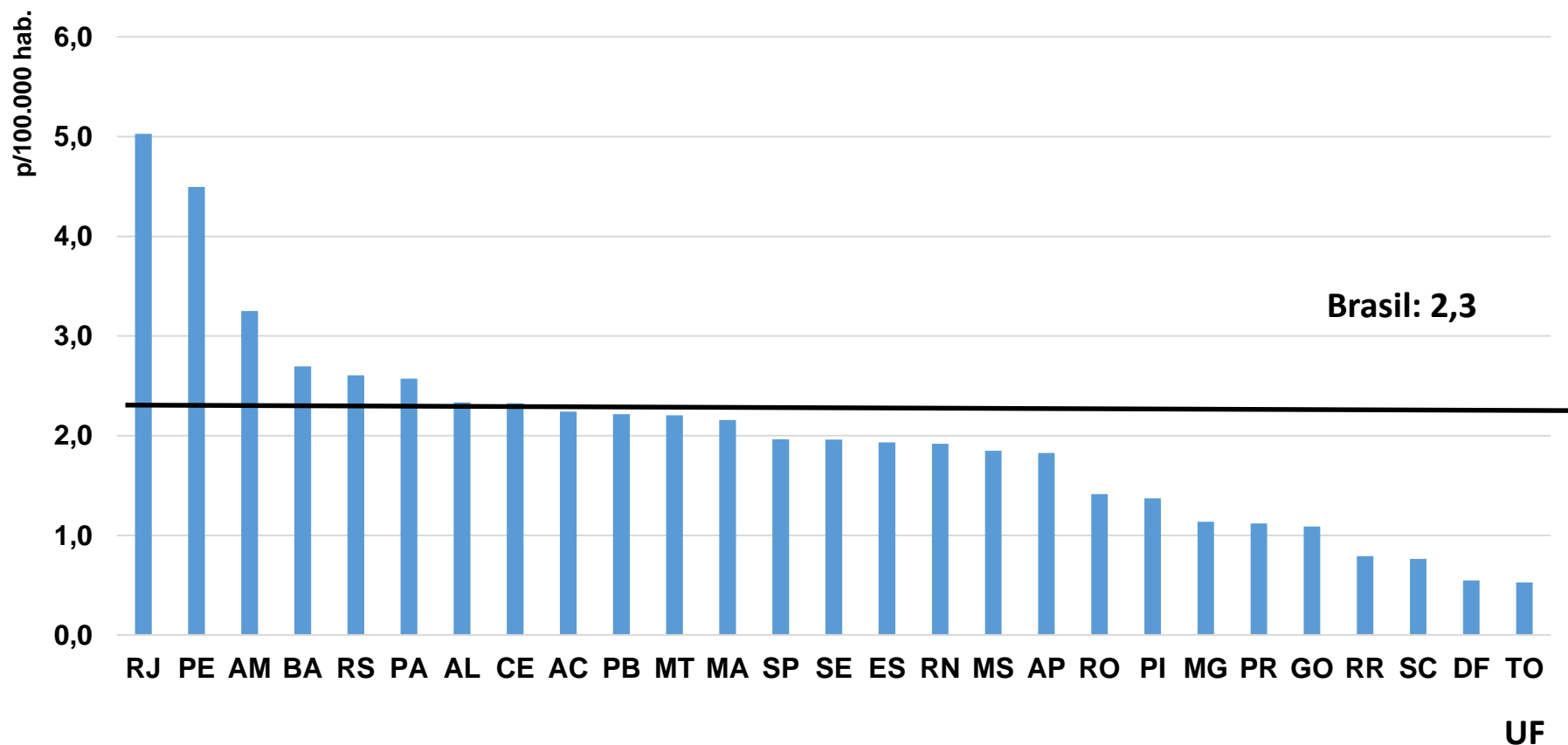
Por 100.000 hab.



Fonte: SES/MS/Sinan e IBGE.

*Dados preliminares sujeitos a revisão

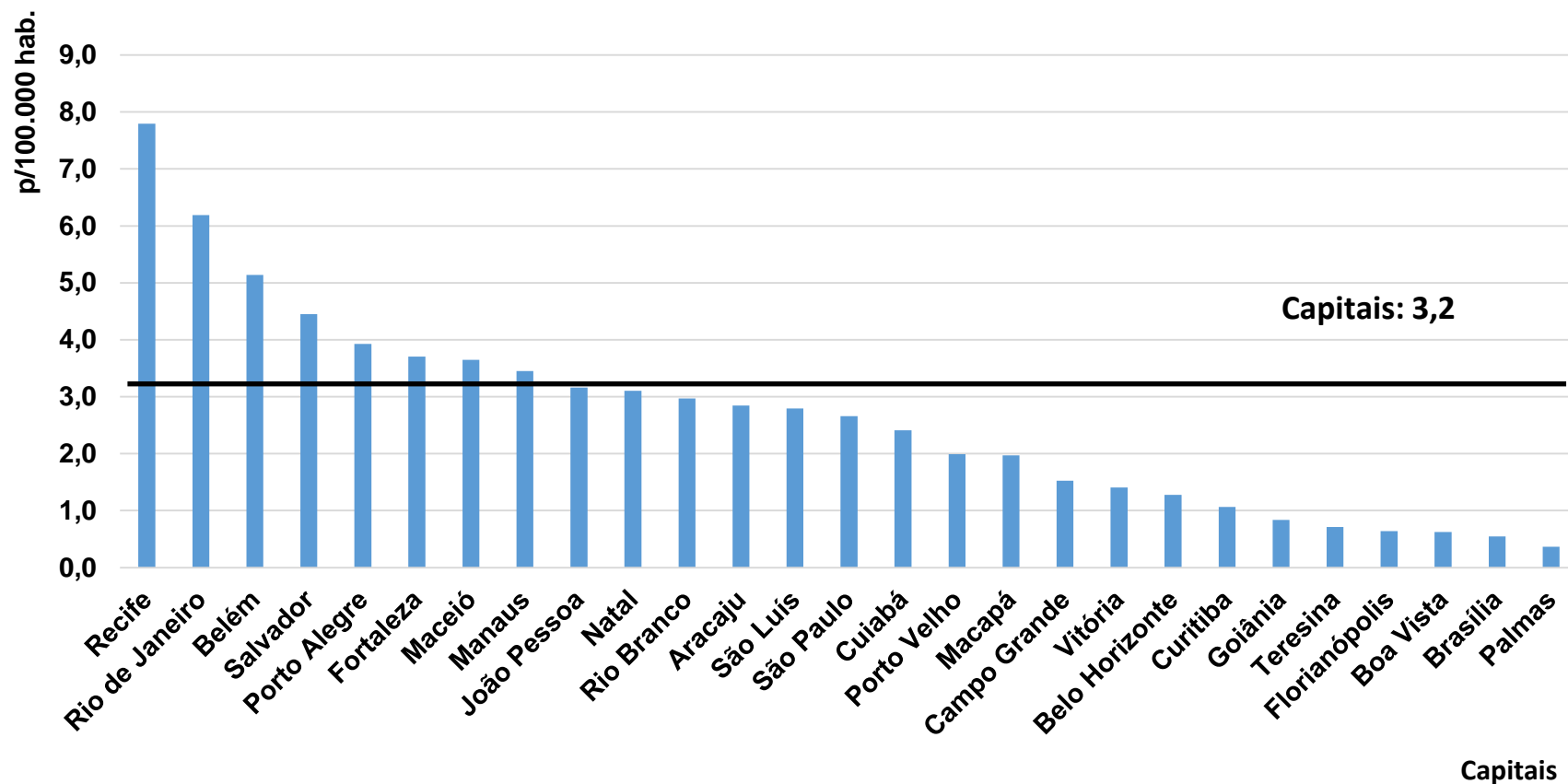
Coeficiente de mortalidade por tuberculose nas Unidades Federadas. Brasil, 2015*



Fonte: MS/SVS/DASIS; IBGE.

*Dados provisórios

Coeficiente de mortalidade por tuberculose nas capitais. Brasil, 2015*



Fonte: MS/SVS/DASIS; IBGE.

*Dados provisórios

Os três pilares do Plano



1

Prevenção e cuidados integrados centrados na pessoa com tuberculose

2

Políticas arrojadas e sistemas de apoio

3

Intensificação da Pesquisa e Inovação

1

Prevenção e cuidados integrados centrados na pessoa com tuberculose



Diagnosticar precocemente todas as formas de tuberculose, com oferta universal de cultura e teste de sensibilidade, incluindo o uso de testes rápidos



Tratar de forma adequada e oportuna todos os casos diagnosticados de tuberculose visando à integralidade do cuidado



Intensificar as atividades colaborativas TB-HIV



Intensificar as ações de prevenção

2

Políticas arrojadas e sistemas de apoio



Fomentar ações para garantir a realização das atividades de cuidado e prevenção da doença com recursos adequados (humanos, infraestrutura e financeiros)



Fortalecer a articulação intra e intersetorial para garantia dos direitos humanos e cidadania nas ações de controle da doença



Fortalecer a participação da sociedade civil nas estratégias de enfrentamento da doença



Melhorar a qualidade dos sistemas informatizados de registro de casos para tomada de decisão mais oportuna

3 Intensificação da Pesquisa e Inovação

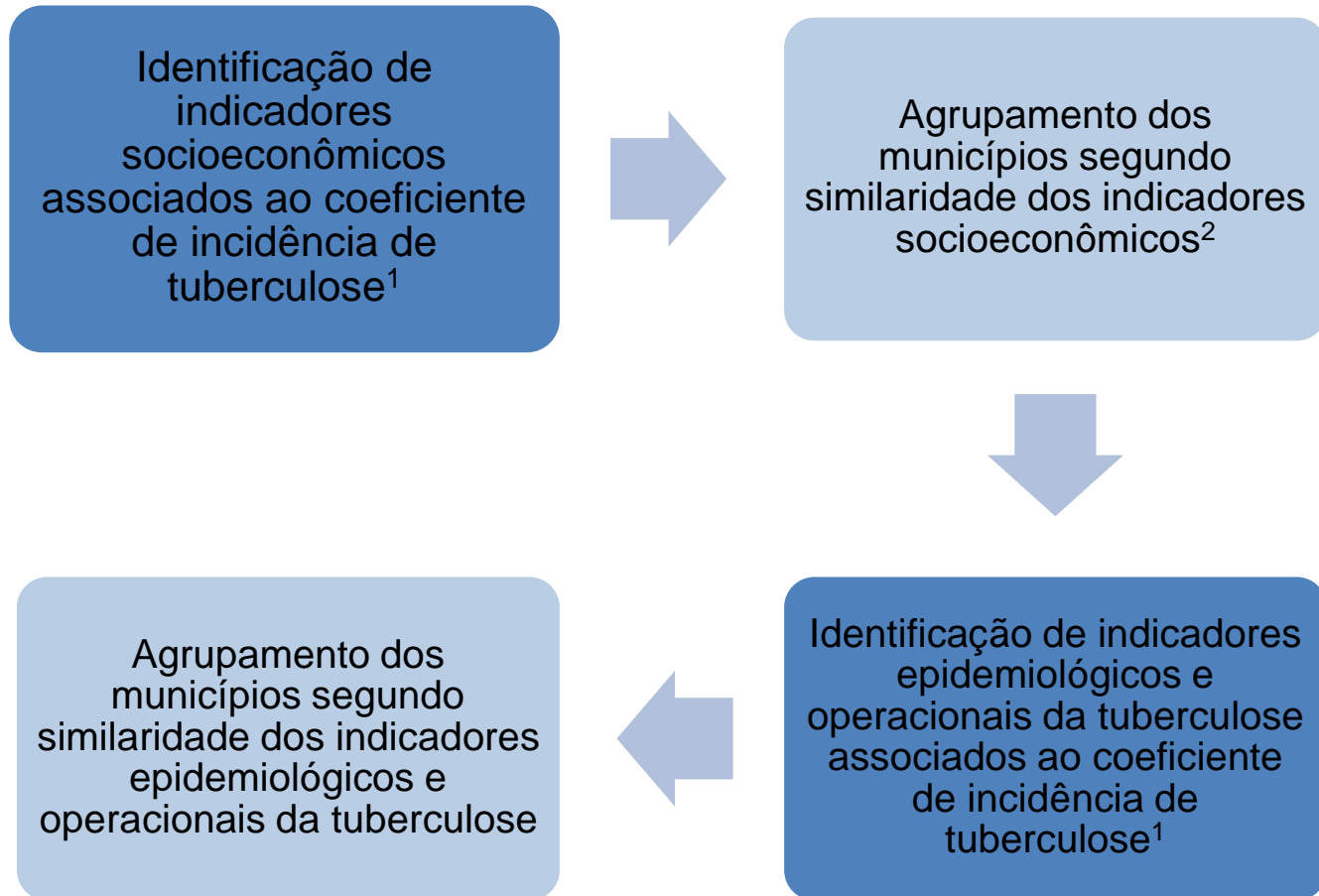


Estabelecer parcerias para fomentar a realização de pesquisas no país em temas de interesse para saúde pública

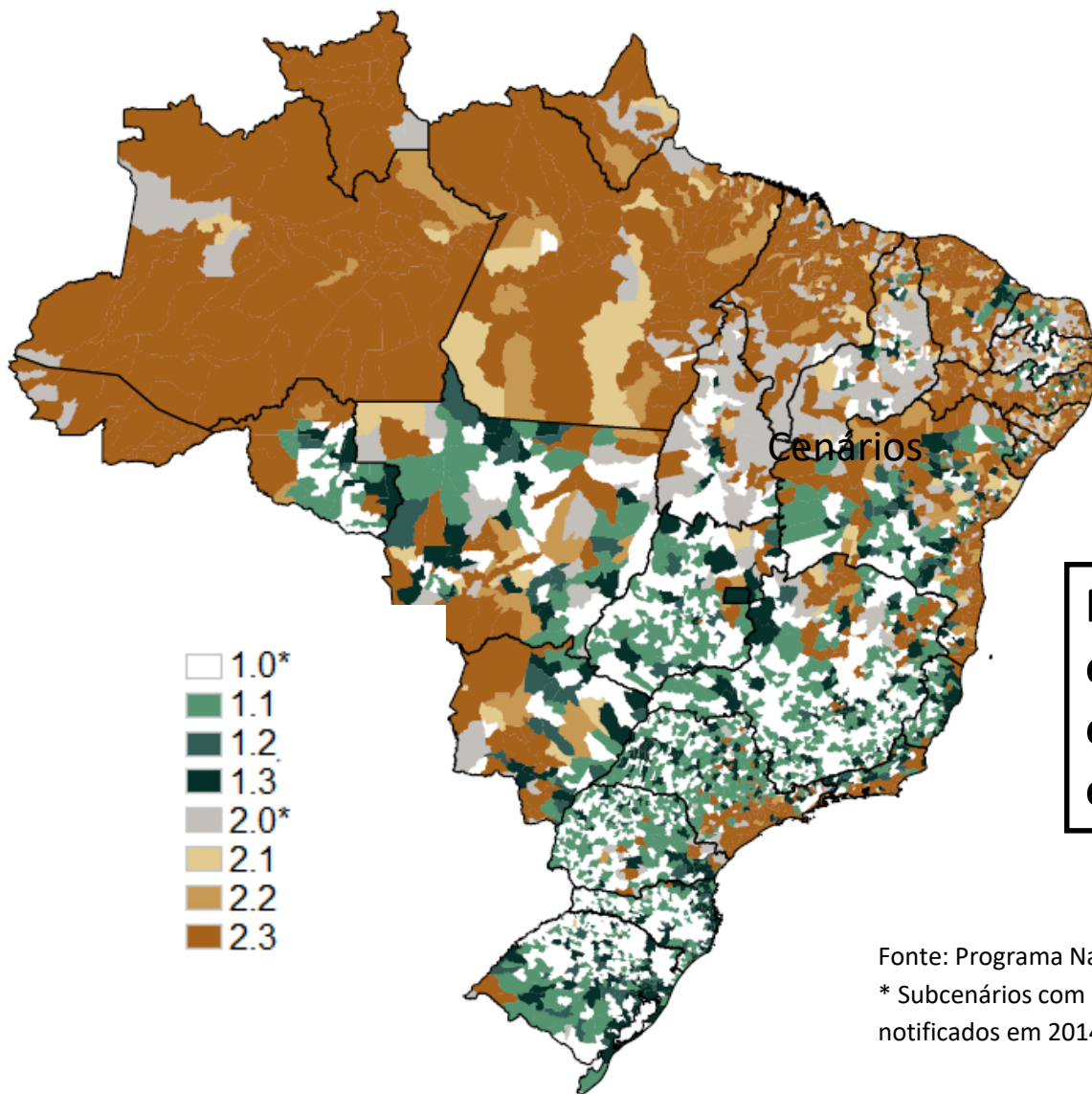


Promover a incorporação de iniciativas inovadoras para aprimorar o controle da tuberculose

Metodologia para classificação



Reclassificação dos cenários (PNCT, UnB e USP)



**Municípios segundo
cenário socioeconômico,
epidemiológico e
operacional**

Fonte: Programa Nacional de Controle da Tuberculose

* Subcenários com municípios que não apresentaram casos notificados em 2014 ou 2015.

Cenário 1

Subcenário 1.0	Subcenário 1.1	Subcenário 1.2	Subcenário 1.3
Compõem esse subcenário municípios que em média possuem a menor taxa de desemprego e o menor percentual médio da população com mais de 2 pessoas por dormitório. Além disso, apresentam a menor média do coeficiente de aids considerando todos os demais cenários.	Esse grupo de municípios apresenta em média o menor coeficiente de incidência de TB, aids e mortalidade por TB entre os municípios que apresentaram casos de tuberculose em 2014 e 2015. Seus casos novos possuem elevado percentual médio de cura e baixo percentual de casos transferidos ou com desfecho ignorado, bem como elevada investigação de contatos. As principais vulnerabilidades dos casos novos são a contaminação com o HIV (8%) e ser população privada de liberdade-PPL (4,2%).	Em média, esse grupo apresenta coeficiente de incidência de TB, aids e mortalidade por TB relativamente baixos. No entanto, o elevado percentual médio de casos novos com encerramento como transferência ou ignorado, dificultam a análise do desempenho das ações de controle da TB nesses locais, uma vez que os indicadores sobre cura e abandono ficam prejudicados. Acrescenta-se a média baixa de investigação de contatos. Em média, 19,2% dos casos novos desse grupo possuem pelo menos uma vulnerabilidade, com destaque para o HIV (7,7%), PPL (0,7%) e pessoa em situação de rua (1,9%), sendo que para esta última, a média de seu percentual supera o de todos os demais subcenários.	Em 2015, os municípios que compõem esse grupo notificaram 27,8% dos casos de tuberculose do país. Do total de capitais, 12 estão nesse grupo. Apresentam em média o maior coeficiente de incidência de TB e aids quando comparado a todos os demais subcenários, bem como o mais percentual médio de abandono (8%) entre os municípios que compõem o cenário 1, com um percentual considerável de transferência e ignorados (11%). Dentre todos os demais grupos, é o que apresentou maior percentual médio de casos novos com pelo menos uma vulnerabilidade (22%), com destaque para a contaminação com o HIV.

Cenário 1.0

- Indicadores socioeconômicos melhores (ex: menor desemprego)

Cenário 1.1

- Baixa Incidência TB, HIV e óbitos. Boa cura.

Cenário 1.2

- Sistema de informação ruim. 20% em vulneráveis (HIV,PPL)

Cenário 1.3

- 27% dos casos. 12 capitais. Alta incidência TB e HIV. Abandono elevado, 22% vulneráveis (HIV)

Cenário 2

Subcenário 2.0	Subcenário 2.1	Subcenário 2.2	Subcenário 2.3
Compõem esse subcenário municípios que em média não possuem bons indicadores socioeconômicos quando comparados com os demais subcenários e que no entanto não notificaram casos de tuberculose em pelo menos um dos anos de análise (2014 ou 2015).	Esse grupo apresenta o menor coeficiente médio de incidência de TB, aids e mortalidade por TB entre aqueles que pertencem ao cenário 2. No entanto, o elevado percentual de casos novos com encerramento como transferência ou ignorado (81,6%), a menor média para a investigação de contatos (36,5%) e a testagem para o HIV (62,3%), podem representar a ausência de atividades de controle da TB como o acompanhamento e busca ativa de casos, o que sugere baixa detecção e a existência de subnotificação. Em média, 15,6% dos casos novos desse grupo possuem pelo menos uma vulnerabilidade, com destaque para o HIV (9,8%) que supera o percentual de todos os demais subcenários.	Os municípios que compõem esse grupo apresentam em média o segundo maior coeficiente de incidência de TB e o maior coeficiente de mortalidade por TB entre todos os subcenários. Além disso, possuem elevado percentual médio de casos novos com encerramento como transferência ou ignorado (37%), baixa investigação de contatos (60,5%) e testagem para o HIV (53,5%). A ausência de atividades de controle da TB, associada ao elevado coeficiente de mortalidade por TB, sugerem a baixa detecção e o diagnóstico tardio da doença. Em média, esse grupo apresenta o menor percentual de casos novos com pelo menos uma vulnerabilidade (10,6%), revelando uma epidemia menos concentrada em populações mais vulneráveis.	Do total de capitais, 14 estão representadas nesse grupo que somam juntos 56,3% dos casos novos de tuberculose notificados em 2015. Apresentam em média o maior coeficiente de incidência de aids dos municípios que compõem o cenário 2 e o segundo maior coeficiente de mortalidade por TB entre todos os subcenários. Aproximadamente, em média, 80% dos casos novos curaram e 8,2% abandonaram ao tratamento. Possui um dos menores percentuais de casos encerrados como transf./ign. (4,6%) e os maiores percentuais de investigação de contatos (69,6%) e testagem para o HIV (67,2%) entre o cenário 2. Em média, esse grupo apresenta 14,3% de seus casos novos com pelo menos uma vulnerabilidade, com destaque para a contaminação com o HIV (5,6%) e ppl (4,1%) e população indígena (3,5%).

Cenário 2.0

- Indicadores sócio econômicos piores

Cenário 2.1

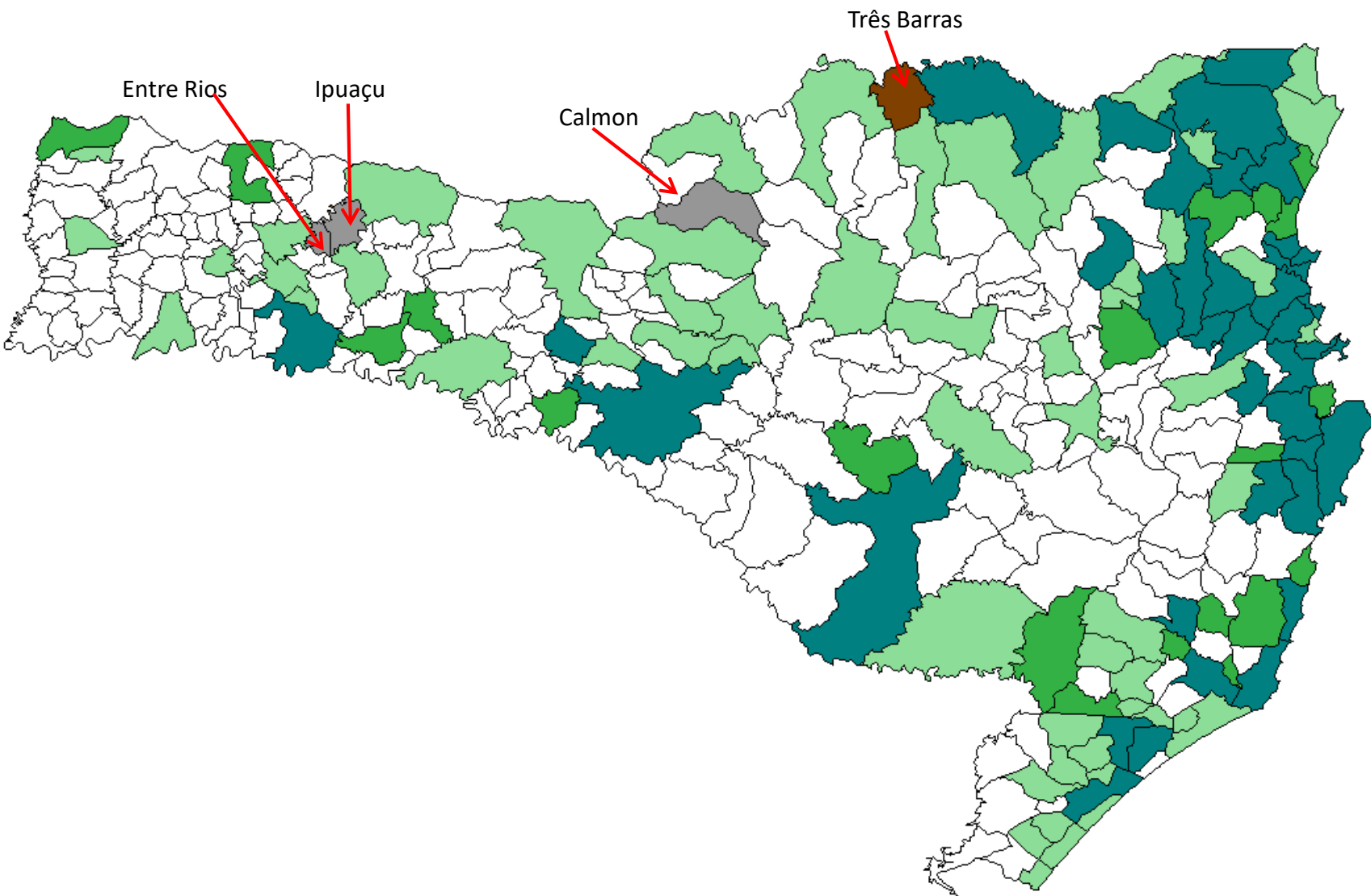
- Indicadores operacionais ruins (82% ignorados, 52% testagem HIV)

Cenário 2.2

- Alta incidência TB e óbitos , 37% desfechos ignorados, 53% testagem HIV

Cenário 2.3

- 56% dos casos. 14 capitais. Alta incidência de HIV. Cura e abandono bons. 14% vulneráveis



Plano Nacional – modo de usar

- Compreender os pilares, os seus objetivos e suas estratégias no contexto local
- As estratégias devem subsidiar os programas de controle da tuberculose, na construção de seus planos de trabalho
- O planejamento de cada local deverá realizar o próprio diagnóstico situacional e adaptar as recomendações do subcenário em que se encontra
- Pactuar os indicadores
- Monitorar as atividades e corrigir o “rumo” se necessário

**Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica**

Atenção Básica: Ações de Tuberculose

**Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica
Departamento de Atenção Básica/SAS**

A Atenção Básica

Política Nacional de Atenção Básica - PNAB

Portaria nº 2.436 GM/MS, de 21 de setembro de 2017

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de **práticas de cuidado integrado e gestão qualificada**, realizada com **equipe multiprofissional** e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Diretrizes da AB

Regionalização e Hierarquização;

- Territorialização;
- População Adscrita;
- Cuidado centrado na pessoa;
- Resolutividade;
- Longitudinalidade do cuidado;
- Coordenação do cuidado;
- Ordenação da rede; e
- Participação da comunidade.

(PNAB, 2017)

Integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é **condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população**, na ótica da integralidade da atenção à saúde e **visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade.**
(PNAB2017)

A Vigilância em Saúde na Atenção Básica

Territorialização

É a base do trabalho das equipes de Atenção Básica e Saúde da Família para a prática da Vigilância em Saúde;

**Planejamento
Programação
conjunta**

Eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados no território

Definir em conjunto (Atenção Básica e Vigilância em Saúde) as ações a partir da realidade local;

Na TB: pactuação de fluxos das redes para detecção, coleta de exames, armazenamento e transporte), monitoramento de resultados e tratamento

Garantir o Acesso

- Reconhecer e fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada preferencial

V.- “Acesso - *A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados...*” (PNAB 2017)

“... as UBS deverão assegurar o *acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.*”
(PNAB 2017)

Ações Tuberculose na Atenção Básica

- a) Realizar **busca ativa permanente de sintomáticos respiratórios** na unidade de saúde e/ou no domicílio, assim como em instituições fechadas na sua área de abrangência;
- b) Realizar **coleta de escarro e outros materiais para o exame** de baciloscopia, cultura, identificação e teste de sensibilidade, cuidando para que o fluxo desses exames seja oportuno e que o resultado da baciloscopia esteja logo disponível para o médico;
- c) Solicitar **cultura, identificação de micobacterias e teste de sensibilidade**, para os casos previstos;

Ações Tuberculose na Atenção Básica

- d) **Indicar e prescrever o esquema básico, realizar o tratamento diretamente observado e monitorar** os casos confirmados com baciloscopias de controle até o final do tratamento. Para os casos com forte suspeita clínico-radiológica e com baciloscopias negativas, encaminhar para os serviços de referência secundária;
- e) **Oferecer o teste anti-HIV** a todos os doentes de tuberculose independentemente

Ações Tuberculose na Atenção Básica

- f) Realizar o **controle diário de faltosos**, a fim de evitar a ocorrência de abandono;
- g) Realizar a **investigação e controle de contatos**, tratando, quando indicado, a infecção latente (quimioprofilaxia) e/ou doença;
- h) **Identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos as drogas do esquema de tratamento**, orientando adequadamente os casos que apresentem efeitos considerados “menores”;
- i) Realizar **vacinação BCG**;

Ações Tuberculose na Atenção Básica

- j) **Indicar, realizar ou referenciar contatos ou suspeitos de tuberculose para prova tuberculínica**, quando necessário;
- k) **Solicitar cultura, identificação de espécie de micobactérias e teste de sensibilidade para os casos** com baciloscopia de controle positiva ao final do 2º mês e para os casos de falência, garantindo o tratamento diretamente observado. Os casos com evolução clínica desfavorável deverão ser encaminhados para a referência;
- l) **Preencher os instrumentos de vigilância** conforme o Programa Nacional de Controle da TB (ficha de notificação de caso, livros de registro de sintomáticos respiratórios e de tratamento e acompanhamento dos casos).



www.dive.sc.gov.br