D.2.2 –Taxa de incidência de tuberculose

1. Conceituação

Número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas – códigos A15 a A19 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A definição de caso confirmado de tuberculose baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país[1,2].

Definição de caso

Suspeito

- Todo indivíduo com sintomatologia clínica sugestiva de tuberculose pulmonar: tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite – o chamado sintomático respiratório.

- Paciente com imagem radiológica compatível com tuberculose.

Confirmado
Critério clínico-laboratorial

- **Tuberculose pulmonar bacilífera**
  - Paciente com duas baciloscopias diretas positivas ou uma baciloscopia direta positiva e cultura positiva ou uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose.

- **Tuberculose pulmonar escarro negativo (BK-)**
  - Paciente com duas baciloscopias negativas, com imagem radiológica sugestiva e achados clínicos ou outros exames complementares que permitam ao médico efetuar um diagnóstico de tuberculose.

- **Tuberculose extrapulmonar**
  - Paciente com evidências clínicas e achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, em que o médico toma a decisão de tratar com esquema específi co; ou paciente com, pelo menos, uma cultura positiva para *M.tuberculosis*, de material proveniente de uma localização extrapulmonar.

Critério clínico-epidemiológico

- O raciocínio diagnóstico deve desenvolver-se a partir do exame clínico, dos dados epidemiológicos e da interpretação dos resultados dos exames solicitados. Apesar de indispensável, em situações em que o diagnóstico

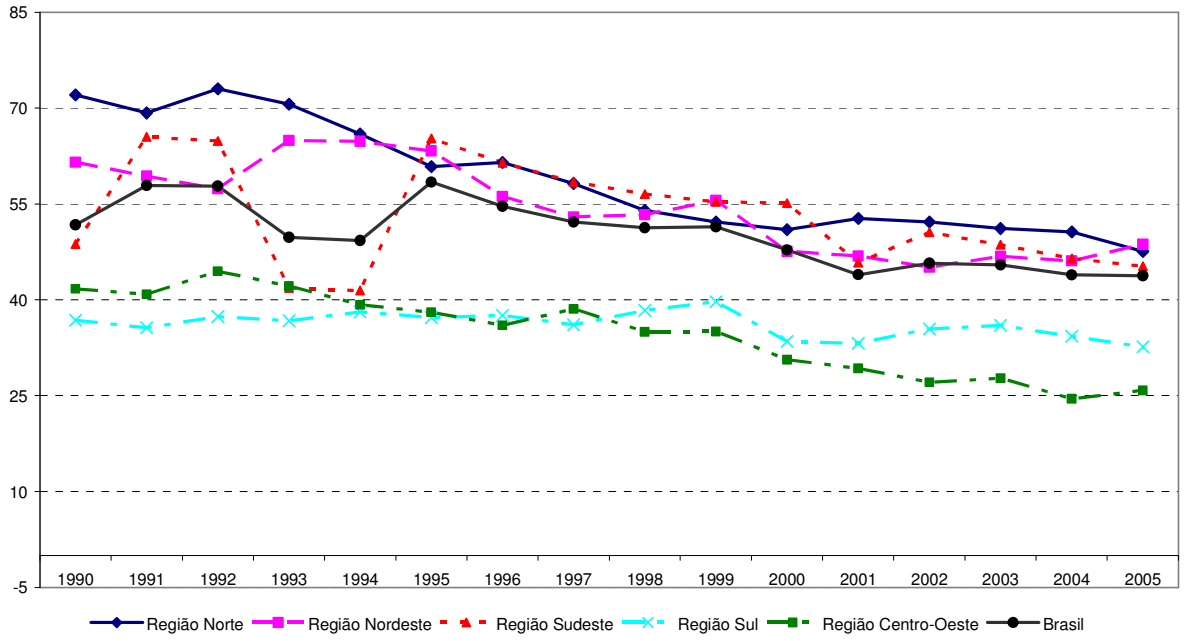
[1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose. *In*: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 732.
[2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 1999.

laboratorial não pode ser realizado o clínico pode confirmar o caso pelo critério clínico-epidemiológico, principalmente quando de história de contato com doentes de tuberculose, fator de importância primordial para a suspeição diagnóstica.

2. Identificação das tendências da curva temporal – período 1990 a 2005.

As taxas de incidência de tuberculose (TB), que compreende o período de 1990 a 2005, têm evoluído com uma tendência à diminuição no período de 1990 a 2005. O maior valor da taxa de incidência foi registrado em 1995 (58,4 / 100.000h.) e nos últimos dois anos tem sido inferior a 45 / 100.000h.

Taxa de incidência de tuberculose. Brasil e Grandes Regiões, 1990 - 2005



3. Conformidade com o conhecimento epidemiológico disponível sobre a doença.

De acordo com Bierrenbach e colaboradoras (2007[a]), no Brasil foram detectados e notificados em torno de 72.000 casos tuberculose (TB) por ano, entre 2000 e 2004. A esses casos novos se agregam remanescentes do(s) ano(s) anterior(es) que não foram encerrados (recidivas após cura, reingressos após abandono e transferências), tendo que ser descartados os casos de mudança de diagnóstico. Com esses ajustes, o número de casos por ano se eleva para uma média de 83.000. De qualquer maneira, há uma tendência à diminuição nas últimas décadas; na década passada a incidência anual, números absolutos, começou em 90.000 casos e foi caindo até os níveis atuais. Estima-se que a subnotificação seja da ordem de 30%. Mesmo assim, a queda na incidência pode ser documentada e pode chegar a 3% por ano.

4. Fatores explicativos dos dados em relação ao comportamento esperado do fenômeno

A definição do indicador não tem tido mudanças. O significado do mesmo (o risco de doença), sofre uma defasagem que depende da capacidade dos serviços de detecção dos casos sintomáticos respiratórios.

Na origem do dado, i.e., na detecção precoce de sintomáticos respiratórios e a posterior confirmação com diagnóstico laboratorial ou de imagem, encontram-se os fatores mais importantes na aproximação da taxa de incidência medida a partir da notificação aos níveis reais de ocorrência da TB. A subnotificação varia em sua freqüência e determinantes. Mesmo estando concentrada em grandes cidades e achando-se o diagnóstico relativamente centralizado em grandes hospitais, a transformação do mesmo em notificação pode não ser efetiva. É o caso do estudo de Façanha (2005) que, ao relacionar os bancos de dados do SINAN e o SIM, detecta grande subnotificação de casos graves em Fortaleza (CE), no período de 1999 a 2003. A autora avalia que o acréscimo de casos subnotificados aumentaria a incidência em cerca de 6% e a letalidade em 265%. Em se tratando da capacidade de detectar os casos, o acesso à assistência principalmente no nível da atenção básica e a sua qualidade são fatores fundamentais na efetividade operacional do indicador.

Outros determinantes correspondem à mudança de perfil de parte da população sob estudo. Além do deterioramento de condições sócio-econômicas que por ventura venham a afetar determinados coletivos, há o fato recente da co-infecção com o vírus HIV. Desconhece-se até que ponto a mudança decorrente dessa co-morbidade afete o indicador.

Além da subnotificação e da demora na detecção de sintomático respiratório, há problemas na qualidade da notificação. Bierrenbach e colaboradores (2007[b]) demonstraram que a remoção de duplicidades do banco do Sinan, no período de 2000 a 2004, reduz a taxa de incidência entre 6,1 e 9,4%. Os autores assinalam como causa principal de duplicação de registros, a transferência entre unidades de saúde (47,3%), seguida de reingressos (23,6%) recidiva (10,0%) sendo que a verdadeira duplicação (erro de digitação ou dupla entrada) estava presente em 16,4% das aparentes duplicidades.

Referências

Bierrenbach AL, Gomes ABF, Noronha EF, Souza MFM. 2007[a]. Incidência de tuberculose e taxa de cura, Brasil, 2000 a 2004. Revista de Saúde Pública 41 (supl. 1): 24-33.

Bierrenbach AL, Stevens AP, Gomes ABF, Noronha EF, Glatt R, Carvalho CN, Oliveira-Júnior JG, Souza MFM. 2007[b]. Efeito da remoção de notificações repetidas sonbre a incidência da tuberculose no Brasil. Revista de Saúde Pública 41 (supl. 1): 67-76.

Façanha MC. 2005. Tuberculose: subnotificação de casos que evoluíram para o óbito em Fortaleza-CE. Revista Brasileira de Epidemiologia 8(1): 25-30.

Ruffino-Netto A & Souza AMAF. Reforma do Setor Saúde e Controle da Tuberculose. Informe Epidemiológico do SUS 1999; 8(4): 35-51.

Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1158 / GM de 08 de agosto 2001.

Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde. 2003. Pacto de indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil 3 (2): 221-224.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2005. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: SVS / MS.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2006. Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília: SVS / MS.