



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO E OPERACIONAL DO ESTADO DE MATO GROSSO ENTRE OS ANOS DE 2015 A 2018.

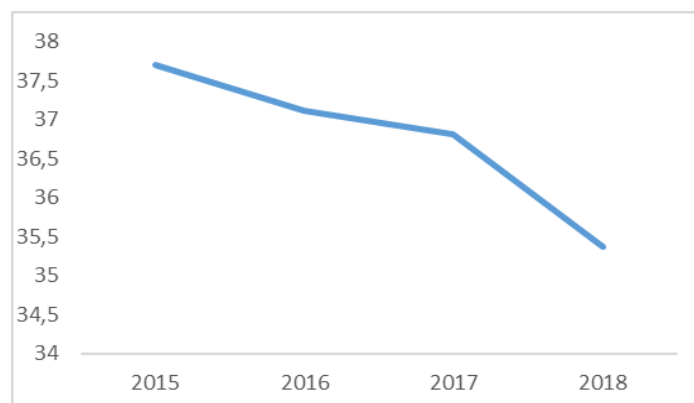
Introdução

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível de homem para homem através da tosse, espirro das pessoas com tuberculose ativa (pulmonar ou laríngea), que lançam partículas em formas de aerossóis que contém bacilos (*Mycobacterium tuberculosis*). A Tuberculose é uma doença que pode ser prevenida e curada, mas ainda prevalece em condições de pobreza e contribui para perpetuação da desigualdade social (BRASIL, 2010).

Cenário Epidemiológico

No Brasil em 2018 foram notificados 76.228 casos novos de Tuberculose, com uma incidência de 36,6 casos/100.000hab., e Mato Grosso no ano de 2018 notificou 1.217 casos novos, com uma incidência de 35,36 casos/100.000 hab., embora tenha observado uma leve queda nos últimos anos, o preocupante é que o Estado é endêmico para a doença, e não estamos com o controle da doença, conforme figura 01 abaixo:

Figura 01 – Taxa de Incidência dos casos novos de Tuberculose por residência, no Estado de Mato Grosso, 2015 a 2019.



Fonte: SINAN/SES-MT

Observa no gráfico acima uma pequena queda no ano de 2018, mesmo o Estado sendo endêmico para a doença e ações de controle como Oficina Operacional para busca ativa de casos sendo realizado para várias regionais de saúde e seus municípios de abrangência, as metas de avaliação de

busca do sintomático respiratório e avaliação de contatos não são atingidas.

É de conhecimento que a **Taxa de Incidência** é o indicador utilizado para avaliar o risco de uma pessoa residente desenvolver a doença em um determinado município.

Tabela 01- Os 36 municípios com maior incidência no estado de Mato Grosso no ano de 2018.

Mun Resid MT	Nº CASOS	POP	INC
510260 Campinápolis	23	15830	145,3
510740 São Pedro da Cipa	4	4674	85,6
510380 Figueirópolis d'Oeste	3	3537	84,8
510340 Cuiabá	488	607153	80,4
510720 Rio Branco	4	5159	77,5
510627 Novo Horizonte do Norte	3	3985	75,3
510650 Poconé	24	32768	73,2
510390 General Carneiro	4	5487	72,9
510850 Vera	8	11216	71,3
510395 Glória d'Oeste	2	3045	65,7
510590 Nobres	10	15338	65,2
510410 Guarantã do Norte	23	35497	64,8
510180 Barra do Garças	39	60661	64,3
510170 Barra do Bugres	22	34619	63,5
510840 Várzea Grande	178	282009	63,1
510779 Santo Antônio do Leste	3	5023	59,7
510455 Itaúba	2	3901	51,3
510718 Ribeirão Cascalheira	5	10081	49,6
510600 Nortelândia	3	6056	49,5
510523 Lambari d'Oeste	3	6059	49,5
510185 Bom Jesus do Araguaia	3	6452	46,5
510300 Chapada dos Guimarães	9	19588	45,9
510610 Nossa Senhora do Livramento	6	13231	45,3
510629 Paranaíta	5	11193	44,7
510724 Santa Carmem	2	4486	44,6
510330 Comodoro	9	20513	43,9
510642 Peixoto de Azevedo	15	34607	43,3
510125 Araputanga	7	16690	41,9
510630 Paranatinga	9	22246	40,5
510080 Apiacás	4	9979	40,1
510675 Pontes e Lacerda	18	45093	39,9
510343 Curvelândia	2	5192	38,5
510550 Vila Bela da Santíssima Trindade	6	15983	37,5



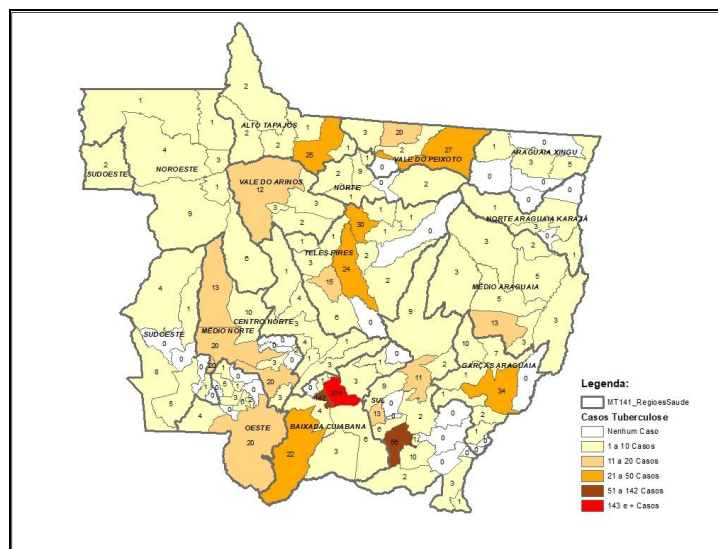
Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica

510250 Cáceres	35	93882	37,3
510025 Alta Floresta	19	51615	36,8
510760 Rondonópolis	84	228857	36,7

Fonte: SINAN/SES-MT

Na tabela acima, observa os municípios com maior incidência no ano de 2018. Dos 16 (dezesesseis) escritórios regionais do Estado, 14 (catorze) estão com a maior incidência que são eles: Alta Floresta; Água Boa; Baixada Cuiabana, Barra do Garças, Cáceres, Diamantino, Juara, Pontes e Lacerda, Peixoto de Azevedo, Porto Alegre do Norte, Rondonópolis, São Félix do Araguaia e Tangará da Serra. Esses escritórios devem intensificar as ações de busca ativa e avaliação de contatos, pois um indivíduo doente, infecta em média 10 a 15 pessoas durante o processo de descoberta até a cura.

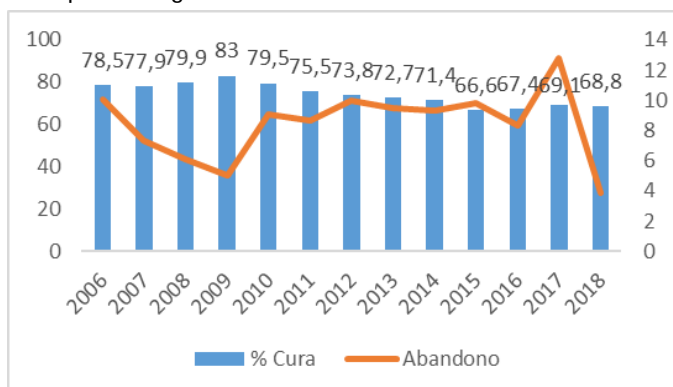
Figura 02 – Mapa de distribuição de casos novos de Tuberculose do Estado de Mato Grosso, 2018.



Fonte: SINAN/SES-MT

Observa no mapa acima que 27 (vinte e sete) municípios do Estado encontra-se silenciosos para Tuberculose, sugerindo uma subnotificação ou ausência de caso, visto que a maioria notificou casos da doença.

Figura 03 – Série Histórica da Cura e Abandono dos casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.



Fonte: SINAN/SES-MT

Na figura 03, fica evidenciado que não a meta pactuada não foi alcançada, pois os parametros para se ter o controle da doença da Cura é acima de 85% e o abandono abaixo de 5%. Isso demonstra que o Estado não está com o controle efetivo da doença.

O principal sintoma da tuberculose é a tosse tendo como ação de vigilância para o controle, a busca do sintomático respiratório, ou seja, aquele tossidor por mais de três semanas. A meta é avaliar 1% da população, pois são sintomáticos respiratório.

Na população vulnerável o risco relativo é maior, conforme demonstrado abaixo:

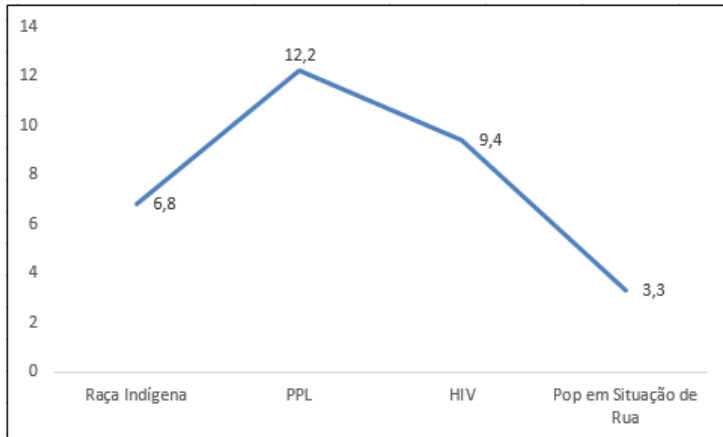
Populações mais vulneráveis comparados à população em geral:

- Indígena – 3x
- População Privada de Liberdade – 28x
- População Vivendo com HIV/AIDS – 35x
- População de Rua – 44x

Figura 04 – Percentual das populações mais vulneráveis no ano de 2018 no Estado de Mato Grosso.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica



Fonte: SINAN/SES-MT

No figura acima, observa que dos 83 casos notificados da raça indígena, representa 6,8% dos casos de tuberculose notificados no SINAN, assim como dos 148 casos da População Privada de Liberdade (PPL), representa 12,2%, e dos 40 casos da População em Situação de Rua, representa 3,3% e dos 115 casos notificados de HIV positivo, representa 9,4% dos casos de Tuberculose notificados. Vale resaltar que essa população tem mais probabilidade de ficar doente, portanto ações devem ser desencadeadas para controle.

Diagnóstico e Tratamento

Há três formas clínicas da Tuberculose, sendo a pulmonar, extrapulmonar e pulmonar + extra. A forma pulmonar é de maior relevância, principalmente com baciloscopia positiva, pois mantém a cadeia de transmissão. A forma extrapulmonar acomete outros órgãos, exceto o pulmão, mas não transmite a doença.

O diagnóstico é realizado através da baciloscopia de escarro e/ou Teste Rápido Molecular – TRM, ou cultura de micobactérias. O escarro positivo mantém a cadeia de transmissão da doença.

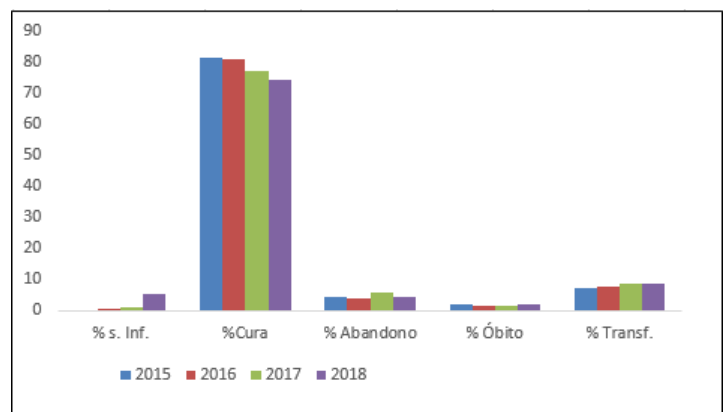
Toda suspeita clínica de tuberculose deve realizar RX e na impossibilidade de realizar exames laboratoriais para comprovar a doença, os sinais e sintomas junto com outros exames devem ser levado em conta.

O tratamento é realizado por seis meses, sendo dois meses fase intensiva onde é utilizado quatro fármacos combinados (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol), onde reduz rapidamente a

população bacilar e a eliminação dos bacilos com resistência natural a alguns medicamentos. A fase de manutenção com dois fármacos combinados (Rifampicina e Isoniazida), elimina os bacilos latentes ou persistentes e a redução da possibilidade de recidiva da doença. A Rifampicina é o principal fármaco para o tratamento padronizado de primeira linha da Tuberculose. Regimes que não incluem a rifampicina no tratamento, resulta em retardo na negatificação, prolonga o tratamento e tem maiores taxas de recidiva.

O tratamento Diretamente Observado é uma estratégia adotada no país para o controle da doença e monitoramento da realização do tratamento adequado.

Figura 05 - Série histórica da Coorte do Tratamento diretamente observado – TDO – entre os casos novos de Tuberculose com confirmação Laboratorial no estado de Mato Grosso, 2015 a 2019.



Fonte: SINAN/SES-MT

O figura 05 demonstra os anos de 2015 a 2019 o tratamento diretamente observado, onde a cura é elevada porque o abandono diminuiu. Quanto a transferencia de casos de tuberculose mantendo-se constante em todo período. Em relação ao indicador transferencia (temporário), observa que, a rotina de duplicidade não está sendo realizada, sugere o não alcance das metas pactuadas.

Coinfecção

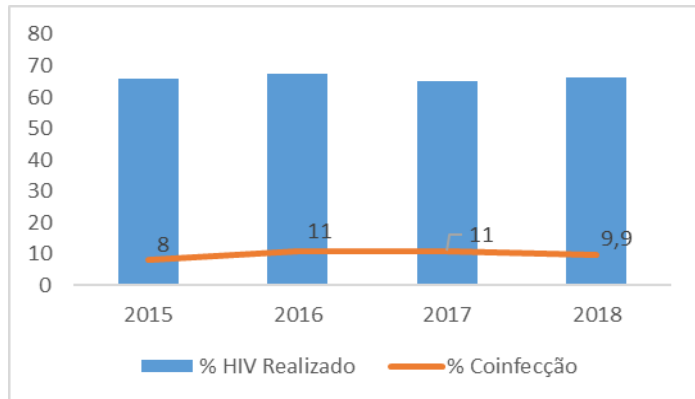
Pessoas vivendo com HIV/Aids tem um maior risco de desenvolver a tuberculose, e muitas vezes, só tem o diagnóstico da infecção pelo HIV durante a investigação/confirmação da Tuberculose,



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica

embora tenha havido um aumento nas notificações da coinfeção e a informação da realização do HIV na ficha de notificação da TB.

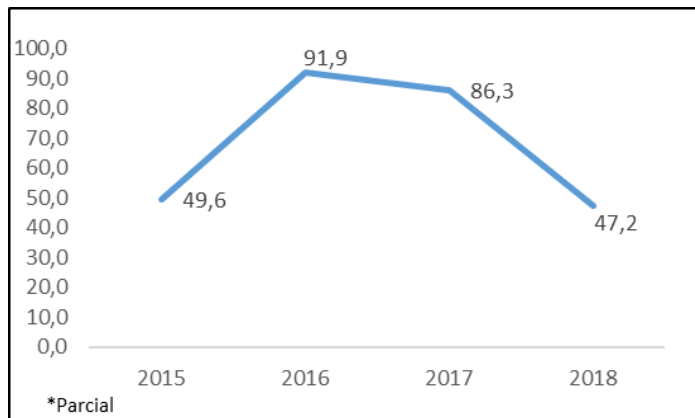
Figura 06 – Série Histórica do percentual de Realização do HIV e o percentual de coinfeção nos casos novos de Tuberculose, 2015 a 2018.



Fonte: SINAN/SES-MT

O teste para diagnóstico do HIV deve ser ofertado no início do tratamento da tuberculose, e se o resultado for positivo, a pessoa deve ser encaminhada para os serviços especializados (SAE) que atendem pessoas vivendo com HIV (o Estado de Mato Grosso não descentralizou o tratamento do HIV para a atenção básica, ainda). Figura 06 – Série Histórica da situação de realização de Terapia Antirretroviral (TARV) nos casos novos de Tuberculose com coinfeção TB/HIV.

Figura 06 – Série histórica do percentual de casos de tuberculose com uso de TARV no Estado de Mato Grosso, 2015 a 2019.



Fonte: SINAN/SES-MT

A figura acima mostra que ainda continua abaixo do recomendado o acesso a TARV, pois 47,2% dos pacientes fizeram uso da TARV no ano de

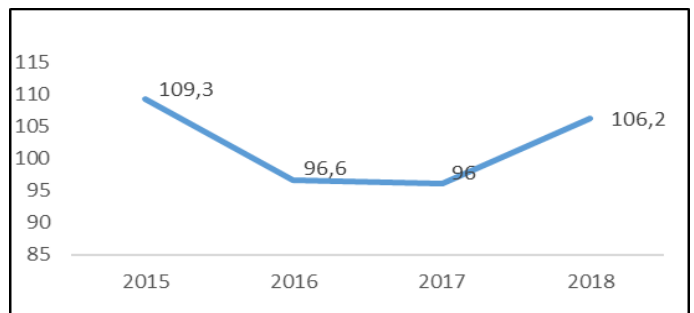
2018, demonstrando que o boletim de acompanhamento dos casos de tuberculose está sub informado e o Sistema de Informação Nacional – SINAN, não está sendo atualizado.

O início oportuno do tratamento antirretroviral deve ser na oitava semana de tratamento da tuberculose, reduzindo a morbidade e a mortalidade do paciente coinfectado. A não adesão ao tratamento é um obstáculo no manejo de ambas doenças, pois o tratamento normalmente é realizado por diferentes equipes de saúde. O tratamento concomitante deve ser compartilhado entre a atenção básica e a secundária.

Prevenção:

A prevenção é realizada nas crianças ao nascer com a vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) que protege as formas graves da doença.

Figura 07 – Cobertura Vacinal de BCG no Estado de Mato Grosso, 2015 a 2019.



Fonte: SINAN/SES-MT

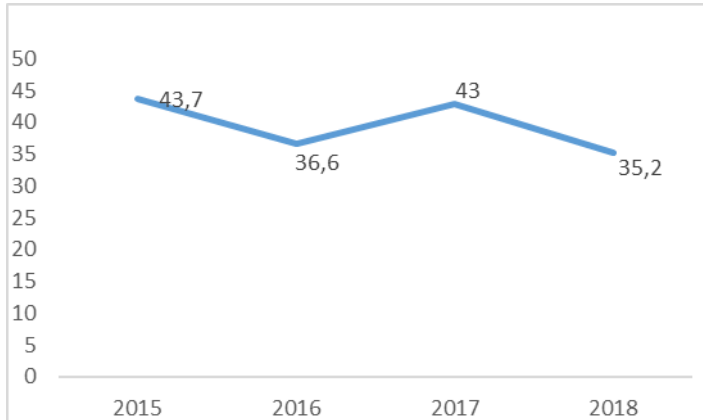
Na figura acima mostra que a cobertura vacinal da BCG não atingiu a meta, devido a falta da vacina durante alguns meses do ano de 2019.

Outra forma de prevenir é a avaliação dos contatos das pessoas com tuberculose, que permite identificar a Infecção Latente da Tuberculose, prevenindo o desenvolvimento da tuberculose ativa.

Figura 08 – Série histórica do percentual de contatos examinados com confirmação laboratorial no Estado de Mato Grosso, 2015 a 2019.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica



Fonte SINAN/SES-MT

Na figura acima observa que o estado não alcançou a meta do Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde, pois o pactuado é acima de 80%. Isso é preocupante, pois é através da avaliação dos contatos que detectamos a fonte de transmissão da doença, realizando a quebra da cadeia de transmissão, e os casos infectados que pode ser prevenido com o uso da Isoniazida por nove meses, para não se tornar doente.

Considerações Finais e Recomendações:

O Estado vem buscando nas articulações intersetoriais a resposta para a epidemia concentrada que temos em algumas populações, especialmente na população indígena, na população privada de liberdade, nas pessoas em situação de rua, nas pessoas vivendo com o HIV e naqueles vivendo em situação de extrema pobreza. Todos com riscos aumentados de desenvolver a doença.

Vale ressaltar que estão sendo articuladas diversas ações por meio de várias instâncias de governo tais como a segurança pública, justiça e saúde visando otimizar descoberta precoce de casos de tuberculose por meio de capacitações de Manejo Clínico a fim de controlar a doença no Estado e com isso diminuir risco na população e as Oficinas Operacionais de Vigilância e Controle da Tuberculose, para que os dados sejam o mais real possível, para que ações sejam realizadas em tempo oportuno.

Superintendente de Vigilância em Saúde

Tatiana Helena Belmonte

Coordenador de Vigilância Epidemiológica

Alessandra Cristina Ferreira de Moraes

Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Endêmicos

Alba Valéria de Melo Mia

Área Técnica Estadual de Controle da Tuberculose - SES/MT:

Lucia da Costa Barros Dias

Simone Escudero Gutiérrez



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica