



Volume 1 | Número 1

Boletim de Pneumologia Sanitária

do Centro de Referência Professor Hélio Fraga

2016



Escopo da Revista

O Boletim de Pneumologia Sanitária do Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) ENSP/FIOCRUZ é um canal de divulgação de ideias, análises e informes produzidos pela comunidade dos seus profissionais e colaboradores. Busca agregar, assim, o resultado de diferentes ações de assistência, ensino e pesquisa voltadas para o controle da tuberculose no país, para o enfrentamento de outras micobacterioses (MNT) e para o campo da Pneumologia Sanitária e da Saúde Pública como um todo.

Corpo Editorial

Editores:

CARLOS RUBENS CARDOSO

JESUS PAIS RAMOS

PABLO DIAS FORTES

Editor associado:

PAULO VICTOR DE SOUSA VIANA

Revisão de texto:

CAROLINE DA SILVA NUNES

Identidade visual e editoração eletrônica:

TATIANA LASSANCE PROENÇA – CCI/ENSP/FIOCRUZ

Ilustração da capa:

Painel “História do Tratamento da Tuberculose”

Óleo sobre madeira, 1957, do artista plástico curitibano Poty Lazzarotto, pertencente ao acervo do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, no Rio de Janeiro.

CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA

Estrada de Curicica 2000 – Jacarepaguá

22780-192 – Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Tel.: (21) 2448-6807

Email: pesquisacrphf@ensp.fiocruz.br

SUMÁRIO

Editorial	05
Informe epidemiológico do CRPHF	
Análise da situação epidemiológica dos casos de Tuberculose Resistente, atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, 2012 e 2013	07
Conhecendo o CRPHF	
O Papel da Farmácia do Centro de Referência Professor Hélio Fraga/ENSP/FIOCRUZ no contexto do SUS	27
Observatório Tuberculose Brasil	
Dia mundial da tuberculose	29
<u>Colunas</u>	
Pensar faz bem à saúde	
O Véu (ainda mais Justo) da Ignorância: a Filosofia Política de John Rawls e o Direito à Saúde	35
Mural de informações	
Abertura das inscrições do Curso de Especialização em Pneumologia Sanitária	38

EDITORIAL

O CRPHF retoma neste momento uma tradição em sua trajetória institucional, que é a de falar para a comunidade acadêmica e para os trabalhadores da saúde sobre o estado da arte do controle da Tuberculose a partir de sua própria interface com o SUS.

No que diz respeito ao formato desta divulgação, nos adaptamos aos tempos atuais, como não poderíamos deixar de fazer. Ressurgimos criando um boletim eletrônico, com conteúdo diverso, que estará acessível por meio de links em locais de boa visibilidade.

O conteúdo também se diferencia do praticado anteriormente. No passado, o formato adotado era o de Revista Científica, com características mais acadêmicas. A publicação regular de três revistas pela ENSP nos fez pensar em um canal com mais agilidade na divulgação de uma informação gerada no seio da comunidade Hélio Fraga, relevante para a sociedade em geral e para o mundo da saúde em particular.

O que se vai divulgar aqui é um conteúdo que, agregado ao produzido por outras instituições, poderá estar na base da produção científica da comunidade acadêmica que trabalha com o tema da saúde.

Não pretendemos falar só de números. E esta será sempre nossa preocupação. Entendemos que por tradição nos são próximos os temas da “pneumologia sanitária”, em todas as suas dimensões, que se utiliza dos vários campos do saber na tentativa de explicar o processo de adoecimento.

Como recorte primeiro, preocupam-nos os prejuízos causados à saúde quando os indivíduos são contaminados pelos agentes etiológicos da Tuberculose e das demais micobacterioses, e a elevada carga de doença que ainda circula entre nós. Preocupa-nos a distribuição da doença na população, que afeta preferencialmente parcelas da sociedade precariamente assistida pelo estado. Como sempre, os mais pobres e negros. Preocupa-nos a exiguidade dos investimentos na produção de tecnologias leves que favoreçam a criação de vínculos entre comunidades de indivíduos que adoecem e nós, profissionais que estamos na porta de entrada de um sistema de saúde. Preocupa-nos ver que a rede de proteção social ainda não está estruturada de forma integrada para tornar mais efetiva a oferta de serviços à população.

É sobre todos esses aspectos que dizem respeito ao controle das doenças pulmonares com interesse em saúde pública, em particular na TB e demais micobacterioses, que vamos falar. Pretendemos ir além da abordagem ainda hegemônica que considera três os pilares para o controle da doença: a efetividade de um programa de vacinação, o avanço tecnológico que possibilita um diagnóstico rápido e a disponibilidade de um pool de medicamentos que viabilize maiores percentuais de cura da doença. Não é exagero supor que, se o controle da tuberculose dependesse apenas desses três fatores, ela há muito já estaria controlada.

O Hélio Fraga ocupa um lugar no sistema de saúde que nos permite e obriga a atuar como Unidade Sentinela. Somos referência para o atendimento de casos de TB para moradores de cerca de um terço dos municípios do estado. Em termos populacionais, esta cobertura atinge aproximadamente 50% dos habitantes do estado do RJ, de acordo com o censo de 2010. Essas proporções se repetem se falarmos do município do RJ. Somos referência para 4 das 10 áreas programáticas em que se divide o município.

O laboratório do CRPHF é referência para os LACENs dos 26 estados e para o Distrito Federal, fazendo controle de qualidade dos exames realizados nos estados, além de testes com maior complexidade quando não disponíveis nestes LACENs. A farmácia do Centro distribui medicação e faz a vigilância do tratamento dos casos de TB resistente e demais micobacterioses notificados.

É desse lugar privilegiado que pretendemos falar, prestando contas à sociedade sobre a seriedade com que cumprimos uma de nossas missões, que é a de refletir sobre a qualidade das políticas públicas em saúde e, em última instância, sobre o que nos faz adoecer.

OTÁVIO MAIA PORTO
Coordenador do Centro de Referência Professor Hélio Fraga

Informe epidemiológico do CRPHF

ANÁLISE DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE TUBERCULOSE RESISTENTE ATENDIDOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA, RIO DE JANEIRO, 2012 E 2013.

*Paulo Victor de Sousa Viana¹
e Carlos Rubens Cardoso¹*

¹ Centro de Referência Professor Hélio Fraga,
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz – RJ

Emails:

paulo.viana@ensp.fiocruz.br
carlosrubens@ensp.fiocruz.br

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma das mais antigas doenças da humanidade, com casos relatados há pelo menos 8 mil anos ⁽¹⁾, assim como descoberta em múmias do Egito Antigo ⁽²⁾ e em populações pré-colombianas ⁽³⁾.

Apesar de todos os esforços das entidades de saúde no combate à TB, esta continua a afetar milhões de vidas todos os anos no mundo, com 9,6 milhões de casos novos e 1,5 milhões de mortes em 2014. A emergência das formas resistentes aos esquemas terapêuticos, em particular da tuberculose multidroga resistente (TBDR) e extensivamente resistente (TBXDR), representa hoje uma ameaça global. A TBDR é generalizada, com uma estimativa de 480.000 casos novos e 190.000 mortes. Enquanto a TBXDR foi referida em 105 países em 2014 ⁽⁴⁾.

O paciente com TBDR é definido como todo indivíduo portador de TB que apresente teste de sensibilidade que revele resistência bacilar a pelo menos Rifampicina e Isoniazida ⁽⁴⁾. Diversos fatores podem causar a resistência aos medicamentos de tratamento da TB, por exemplo: sexo ⁽⁵⁾, suscetibilidade genética ⁽⁶⁾, ocupação ⁽⁷⁾, tratamento anterior ⁽⁸⁾, situação socioeconômica ⁽⁹⁾, coinfeção HIV ⁽¹⁰⁾ etc.

No Brasil, o “I Inquérito Nacional de Resistência” foi realizado no período de 1996/1997. Resultados deste Inquérito demonstraram taxa de resistência primária à Isoniazida (H) de 3,5% e Rifampicina (R) 0,2% ⁽¹¹⁾. O “II Inquérito Nacional de Resistência aos Fármacos anti-TB” para avaliação da evolução da TBDR no país terminou no final de 2008 e revelou uma taxa de resistência primária à H de 6,0% e R 1,5% ⁽¹²⁾.

Portanto, o objetivo deste boletim epidemiológico foi descrever o perfil clínico-epidemiológico dos casos de TBDR atendidos no

Ambulatório de Pesquisa Germano Gerhardt (APGG) do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, no período de 2012 a 2013.

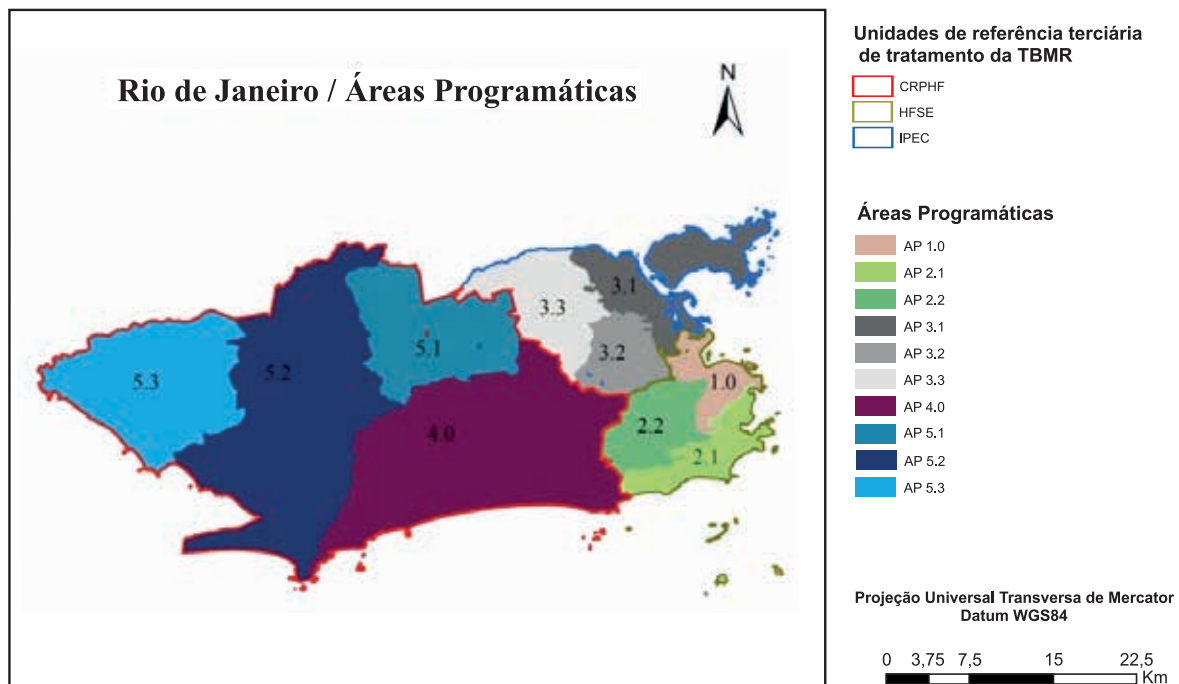
MÉTODOS

Trata-se de uma análise descritiva do tipo coorte retrospectiva dos casos notificados no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, no município do Rio de Janeiro, que também é uma unidade de referência terciária especializada no tratamento e acompanhamento de casos com TBDR.

O ambulatório de Pesquisa Germano Gerhardt (APGG) do Centro de Referência Professor Hélio Fraga tem como área de abrangência

parte da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro: Belford Roxo; Duque de Caxias; Itaguaí; Japeri; Mesquita; Nilópolis; Nova Iguaçu; Queimados; Seropédica e São João de Meriti. Além disso, atende municípios do Centro-Sul Fluminense, Médio Paraíba, Baía de Ilha Grande e parte da região serrana (Petrópolis; Teresópolis e Guapimirim). No município do Rio de Janeiro, são compreendidas as áreas programáticas 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 (Figura 1).

Figura 1: Mapa de abrangência das unidades de referência terciária de tratamento da TBMR, segundo área programática, município do Rio de Janeiro, 2012 e 2013.



Fonte: Adaptado de Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, SMS.

Os dados utilizados foram obtidos a partir de formulários informatizados para a notificação de doenças do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB) dos casos de TBDR notificados na instituição entre 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2013.

O conceito TBDR utilizado neste boletim considera TBDR confirmada como todos os casos de TB com diagnóstico confirmado pela cultura e identificação de *Mycobacterium tuberculosis*; além de um teste de sensibilidade, mostrando resistência a pelo menos R ou H. Alguns conceitos de resistência aos fármacos são abordados neste boletim, por

exemplo: resistência a um fármaco antiTB (Monorresistência); resistência a dois ou mais fármacos antiTB (Polirresistência), exceto a associação R e H; Por fim, resistência a pelo menos R e H (multirresistência) ⁽¹³⁾.

Os dados foram coletados no dia 01 de fevereiro de 2016 e posteriormente exportados para planilhas do Microsoft Office Excel 2010. Após análise da consistência das informações por parte dos investigadores, informações sobre as características socio-demográficas e clínico-epidemiológicas dos sujeitos foram analisadas por meio do software estatístico livre R versão 3.2.3 ⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

Durante o período analisado, um total de 532 casos de TBDR foram notificados no SITETB no estado do Rio de Janeiro. A distribuição anual das notificações dos casos de TBDR, por unidades de tratamento, evidencia que a maior proporção de casos 257 (48,3%) era proveniente do APGG, seguido do ambulatório do IPEC Fiocruz 80 casos (15%) (Tabela 1).

Entre as notificações do APGG, observa-se uma maior proporção de indivíduos autodeclarados como pardos (35%) ao longo do período estudado, seguido de indivíduos autodeclarados como brancos (34,2%) (Tabela 2).

Constatou-se que o adoecimento por TBDR foi frequente entre os homens (69,6%), sendo 2,3 casos de homens para cada mulher (Tabela 2). Os indivíduos de 30 a 49 anos concentraram a maioria das notificações no

APGG (52,5%) (Tabela 2). Mais de um terço (35,8%) dos casos apresentavam escolaridade de 4 a 7 anos de estudo, seguido dos indivíduos com 8 a 11 anos de estudo (28,0%) (Tabela 2).

Analisando-se o tipo de entrada dos casos em tratamento no APGG, a maior proporção foi de casos novos em 70,0% das notificações. 67,7% das notificações eram de casos multirresistentes e o menor padrão de resistência foi resistência extensiva (5,1%), porém, entre os casos de TBDR prévia se concentraram os maiores percentuais de TBDR (15,6%) (Tabela 3). Considerando-se o tipo de resistência dos casos atendidos no APGG, 86,0% apresentavam resistência adquirida. Informações adicionais sobre os padrões de resistência aos medicamentos antituberculose de primeira e segunda linha são mostrados na Tabela 4 e Tabela 5, respectivamente.

Tabela 1: Distribuição anual dos casos notificados de TBDR, segundo unidades de tratamento, Rio de Janeiro, 2012 e 2013.

	Ano de tratamento					
	2012		2013		Total	
	n	%	n	%	n	%
AMBULATÓRIO DO CENTRO DE REFERENCIA PROFESSOR HELIO FRAGA - APGG	142	55,7	115	41,5	257	48,3
HOSPITAL ESTADUAL SANTA MARIA	12	4,7	13	4,7	25	4,7
AMBULATÓRIO MARGARETH DALCOLMO / IEDTAP	26	10,2	24	8,7	50	9,4
HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	23	9,0	25	9,0	48	9,0
IPEC FIOCRUZ	35	13,7	45	16,2	80	15,0
UMS DISPENSÁRIO AUGUSTO GUIMARÃES	4	1,6	9	3,2	13	2,4
CENTRO DE DOENÇAS INFECCIOSAS VOLTA REDONDA	2	0,8	0	0,0	2	0,4
PCTH HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	2	0,8	5	1,8	7	1,3
PMCT DE BARRA MANSA	3	1,2	0	0,0	3	0,6
PMCT NITERÓI	0	0,0	4	1,4	4	0,8
IEDT ARY PARREIRAS / INTERNAÇÃO	0	0,0	11	4,0	11	2,1
PMCT SÃO JOÃO DE MERITI	1	0,4	1	0,4	2	0,4
PMCT ITABORAÍ	1	0,4	3	1,1	4	0,8
PMCT SÃO GONÇALO	1	0,4	2	0,7	3	0,6
CMS DUQUE DE CAXIAS	0	0,0	1	0,4	1	0,2
HOSPITAL MUNICIPAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA	1	0,4	3	1,1	4	0,8
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA	0	0,0	1	0,4	1	0,2
UERJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO	0	0,0	1	0,4	1	0,2
SANATÓRIO PENAL/RJ	0	0,0	4	1,4	4	0,8
MRJ CAP 1.0	0	0,0	3	1,1	3	0,6
MRJ CAP 2.2	1	0,4	5	1,8	6	1,1
MRJ CAP 3.1	1	0,4	0	0,0	1	0,2
MRJ CAP 3.2	0	0,0	2	0,7	2	0,4
Total	255	100	277	100	532	100

Tabela 2: Distribuição dos casos TBDR notificados no APGG de acordo com sexo, faixa etária, escolaridade e raça/cor, 2012 e 2013.

		Ano de tratamento					
		2012		2013		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	94	66,2	85	73,9	179	69,6
	Feminino	48	33,8	30	26,1	78	30,4
Faixa Etária	15 a 29 anos	33	23,2	26	22,6	59	23,0
	30 a 49 anos	75	52,8	60	52,2	135	52,5
	50+ anos	34	23,9	29	25,2	63	24,5
Escolaridade	Analfabeto	6	4,2	2	1,7	8	3,1
	1 a 3 anos	25	17,6	24	20,9	49	19,1
	4 a 7 anos	53	37,3	39	33,9	92	35,8
	8 a 11 anos	40	28,2	32	27,8	72	28,0
	12 ou mais anos	14	9,9	15	13,0	29	11,3
	Ignorada	4	2,8	3	2,6	7	2,7
Raça/cor	Branca	46	32,4	42	36,5	88	34,2
	Preta	41	28,9	33	28,7	74	28,8
	Amarela	0	0,0	1	0,9	1	0,4
	Parda	51	35,9	39	33,9	90	35,0
	Ignorada	4	2,8	0	0,0	4	1,6
Total		142	100	115	100	257	100

Fonte: SITETB

A elevada proporção de casos com TBDR encontrada em nossas análises é provavelmente um reflexo geral da má gestão dos casos com TB na atenção básica do estado do Rio de Janeiro ao longo dos anos. As barreiras para a gestão eficaz da tuberculose nos municípios do estado muitas vezes incluem uma rede de laboratórios mal estruturada para o diagnóstico da TB, falhas no tratamento diretamente observado (TDO) de casos de TB com apoio insuficiente ao paciente, além de pouca, ou nenhuma,

monitorização do desempenho do programa de controle a partir dos resultados da análise de cortes de tratamento dos casos (15).

As baciloscopias de escarro no 1º mês para a detecção dos casos não foram realizadas em 5,1% dos casos, sendo mais frequente a positividade das amostras (77,8%). A cultura de escarro não foi realizada em 3,9% das notificações no APGG, apresentando uma elevada positividade ao exame (92,2%) (Tabela 3).

Tabela 3: Características clínico-epidemiológicas dos casos novos e TBDR prévia do APGG, de acordo com padrão de resistência, forma clínica, tipo de resistência e exames diagnósticos (sorologia HIV, baciloscopia, cultura de escarro), 2012-2013.

		Caso novo		TBDR prévia		Total	
		n	%	n	%	n	%
Padrão de resistência	Monorresistência	36	20,0	5	6,5	41	16,0
	Multirresistência	126	70,0	52	67,5	178	69,3
	Polirresistência	17	9,4	8	10,4	25	9,7
	Resistência extensiva	1	0,6	12	15,6	13	5,1
Forma clínica	Pulmonar	179	99,4	75	97,4	254	98,8
	Extrapulmonar	0	0,0	1	1,3	1	0,4
	Mista	1	0,6	1	1,3	2	0,8
Tipo de resistência	Adquirida	149	82,8	75	97,4	224	87,2
	Primária	31	17,2	2	2,6	33	12,8
Sorologia HIV	Positivo	11	6,1	3	3,9	14	5,4
	Negativo	134	74,4	52	67,5	186	72,4
	Não realizado	35	19,4	22	28,6	57	22,2
Baciloscopia	Positivo	144	80,0	56	72,7	200	77,8
	Negativo	30	16,7	14	18,2	44	17,1
	Não realizado	6	3,3	7	9,1	13	5,1
Cultura de escarro	Positivo	168	93,3	69	89,6	237	92,2
	Negativo	5	2,8	5	6,5	10	3,9
	Não realizado	7	3,9	3	3,9	10	3,9
Total		180	70,0	77	30,0	257	100

Fonte: SITETB

*Mista= Pulmonar + Extrapulmonar

A forma clínica pulmonar esteve presente em 98,8% das notificações no período de análise (Tabela 3). As radiografias de tórax evidenciaram altas proporções de casos com lesão bilateral cavitária (71,7%), seguidos de lesão unilateral cavitária (16,5%) (Figura 2).

Em 22,2% das notificações não foram realizadas as sorologias para HIV. Quanto aos resultados do exame, nota-se uma positividade

para a coinfeção TBDR/HIV correspondente a 5,4% no APGG (Tabela 3). Cabe observar que a prevalência de 5,4% dos casos serem coinfectados TBDR/HIV tem implicações programáticas e relevância para a saúde pública. A Capacidade de diagnóstico de casos TBDR e o início do tratamento antirretroviral a partir das colaborações entre os programas de controle da tuberculose e Aids precisam ser fortemente considerados no manejo dos casos.

Figura 2: Distribuição percentual dos casos de TBDR notificados no APGG, segundo tipo de lesão pulmonar, 2012 e 2013.

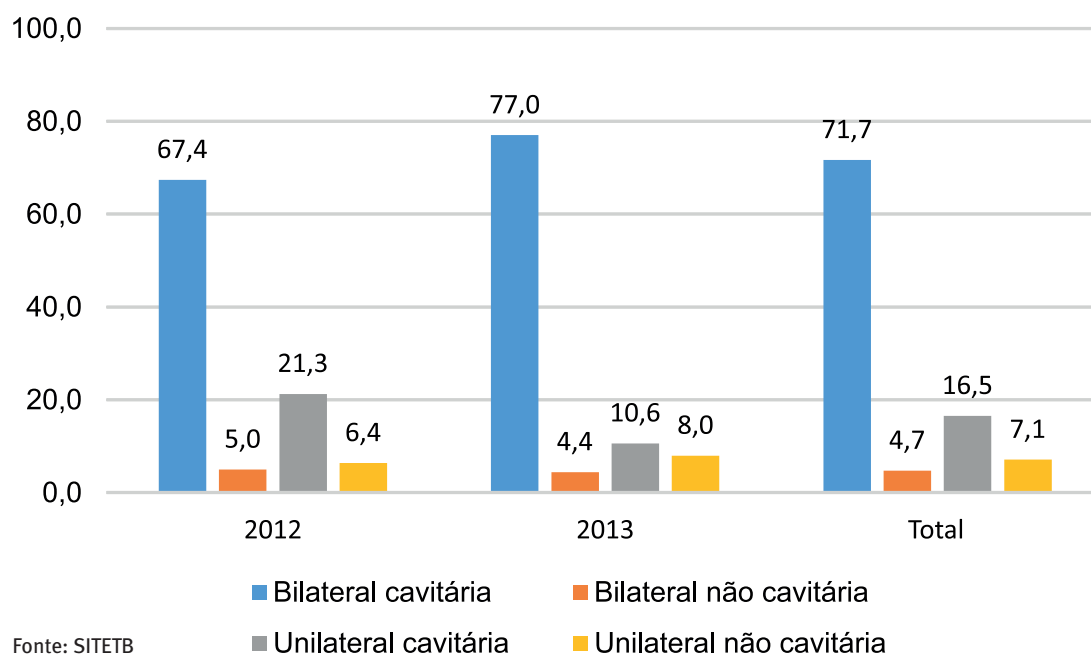


Tabela 4: Perfil de resistência dos medicamentos de primeira linha dos casos notificados no APGG, Rio de Janeiro, 2012 e 2013.

		Ano de tratamento					
		2012		2013		Total	
		n	%	n	%	n	%
Rifampicina	Sensível	31	23,0	20	18,5	51	21,0
	Resistente	104	77,0	88	81,5	192	79,0
Total		135	100	108	100	243	100
Isoniazida	Sensível	13	9,7	6	6,2	19	8,2
	Resistente	121	90,3	91	93,8	212	91,8
Total		134	100	97	100	231	100
Pirazinamida	Sensível	10	32,3	17	54,8	27	43,5
	Resistente	21	67,7	14	45,2	35	56,5
Total		31	100	31	100	62	100
Etambutol	Sensível	97	76,4	77	82,8	174	79,1
	Resistente	30	23,6	16	17,2	46	20,9
Total		127	100	93	100	220	100
Estreptomicina	Sensível	82	65,1	59	64,8	141	65,0
	Resistente	44	34,9	32	35,2	76	35,0
Total		126	100	91	100	217	100

Fonte: SITETB

Tabela 5: Perfil de resistência dos medicamentos de segunda linha dos casos notificados no APGG, Rio de Janeiro, 2012 e 2013.

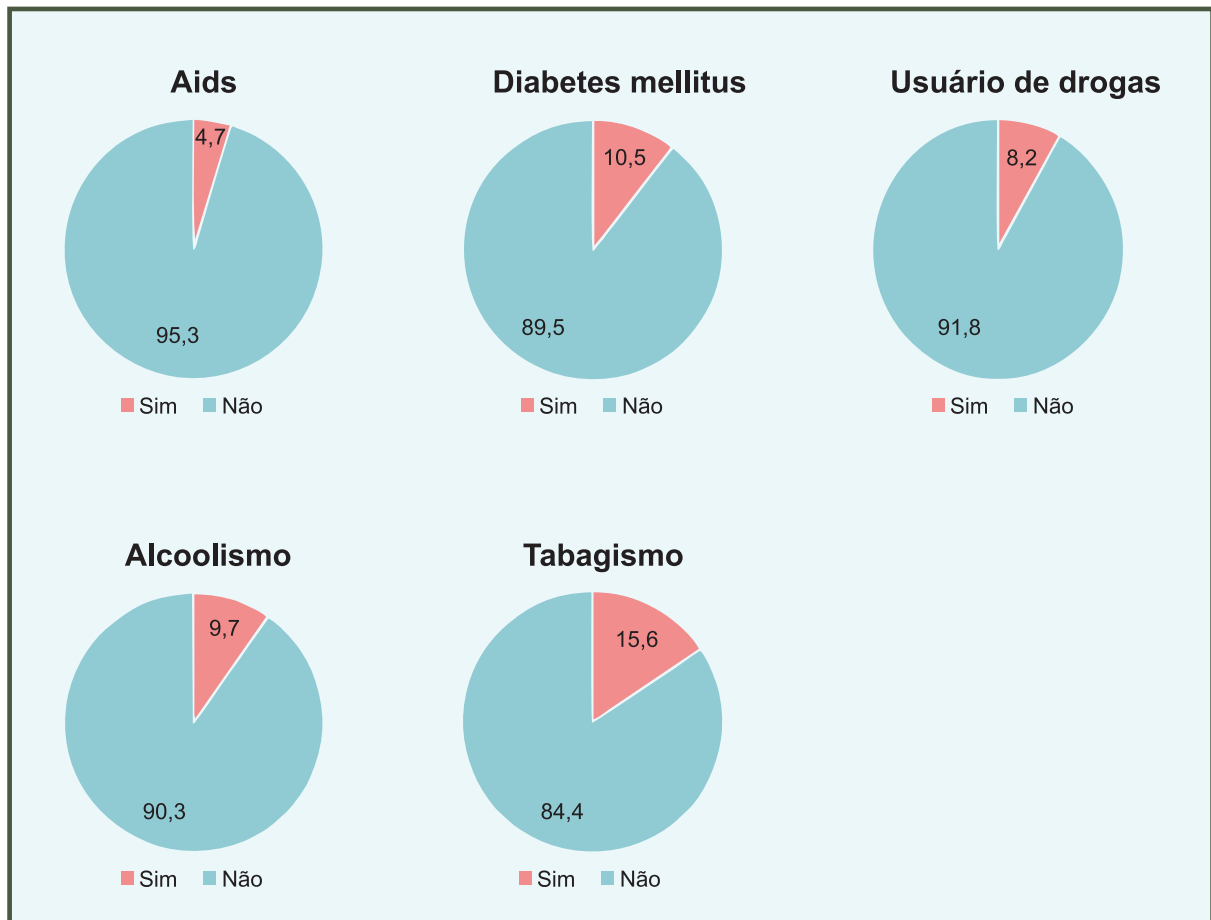
		Ano de tratamento					
		2012		2013		Total	
		n	%	n	%	n	%
Ofloxacino	Sensível	29	64,4	36	76,6	65	70,7
	Resistente	16	35,6	11	23,4	27	29,3
Total		45	100	47	100	92	100
Amicacina	Sensível	39	84,8	44	93,6	83	89,2
	Resistente	7	15,2	3	6,4	10	10,8
Total		46	100	47	100	93	100
Capreomicina	Sensível	36	83,7	43	93,5	79	88,8
	Resistente	7	16,3	3	6,5	10	11,2
Total		43	100	46	100	89	100
Etionamida	Sensível	9	75,0	3	75,0	12	75,0
	Resistente	3	25,0	1	25,0	4	25,0
Total		12	100	4	100	16	100

Fonte: SITETB

Observou-se que muitos indivíduos apresentaram algum tipo de comorbidade associado à TBDR antes da notificação e/ou no momento da primeira notificação, incluindo o tabagismo (15,6%), alcoolismo (9,7%), Aids (4,7%), diabetes mellitus (10,5%) e usuário de drogas (8,2%) (Figura 3). A ligação entre alcoolismo e TBDR não pode ser uma relação causal direta, em vez disso, TBDR pode ser o resultado de inúmeras interrupções no tratamento, que são consequências atribuíveis

aos problemas sociais dos pacientes com TB que abusam de álcool(16). A integração da investigação de distúrbios relacionados ao uso de álcool no decorrer do tratamento dos casos de TBDR junto aos serviços de saúde pode ser uma alternativa viável e de baixo custo. Essa integração deve ser estimulada nas unidades de saúde para melhorar a adesão ao tratamento e reduzir a cadeia de transmissão da doença.

Figura 3: Distribuição percentual das comorbidades dos casos notificados no APGG, 2012 e 2013.

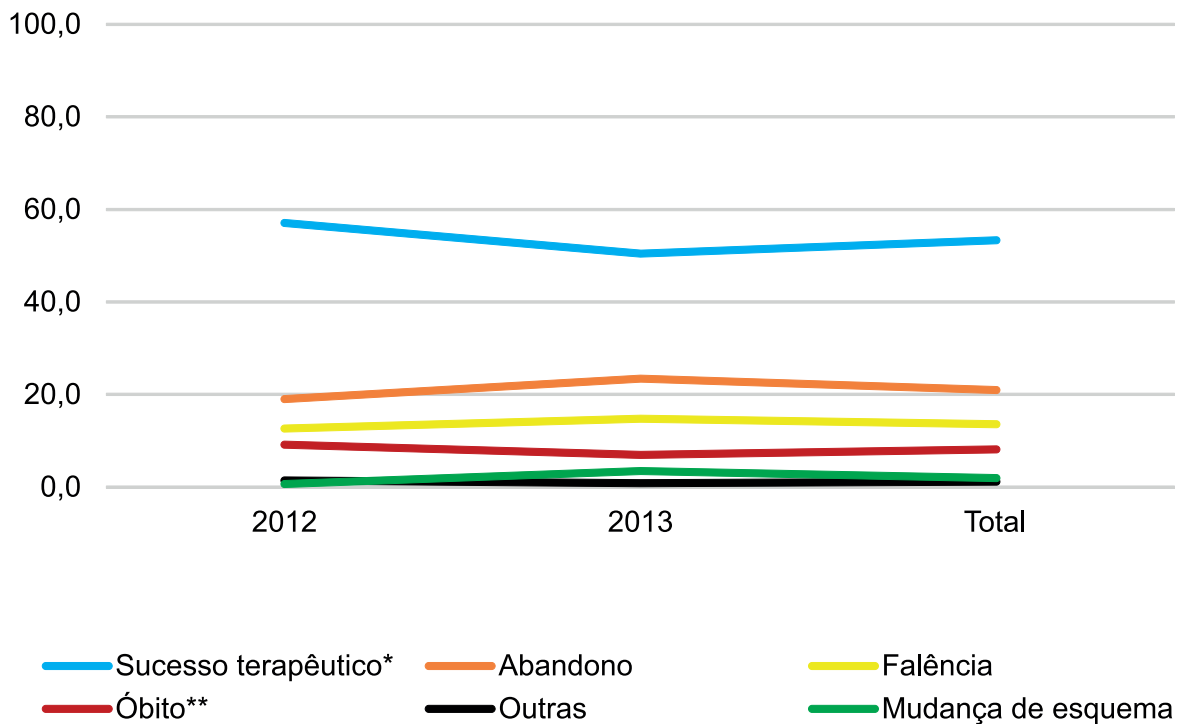


Fonte: SITETB

No desfecho do tratamento de todos os casos de TBDR foi mais frequente a proporção de sucesso terapêutico (53,3%). A proporção de abandono foi observada em 21,0% dos casos.

A falência ao tratamento correspondeu a 13,6% das notificações. Quanto ao óbito dos pacientes em tratamento no APGG, 8,2% evoluíram para o óbito (Figura 4).

Figura 4: Distribuição percentual dos casos notificados no APGG, segundo situação de encerramento, 2012 e 2013.



Fonte: SITETB

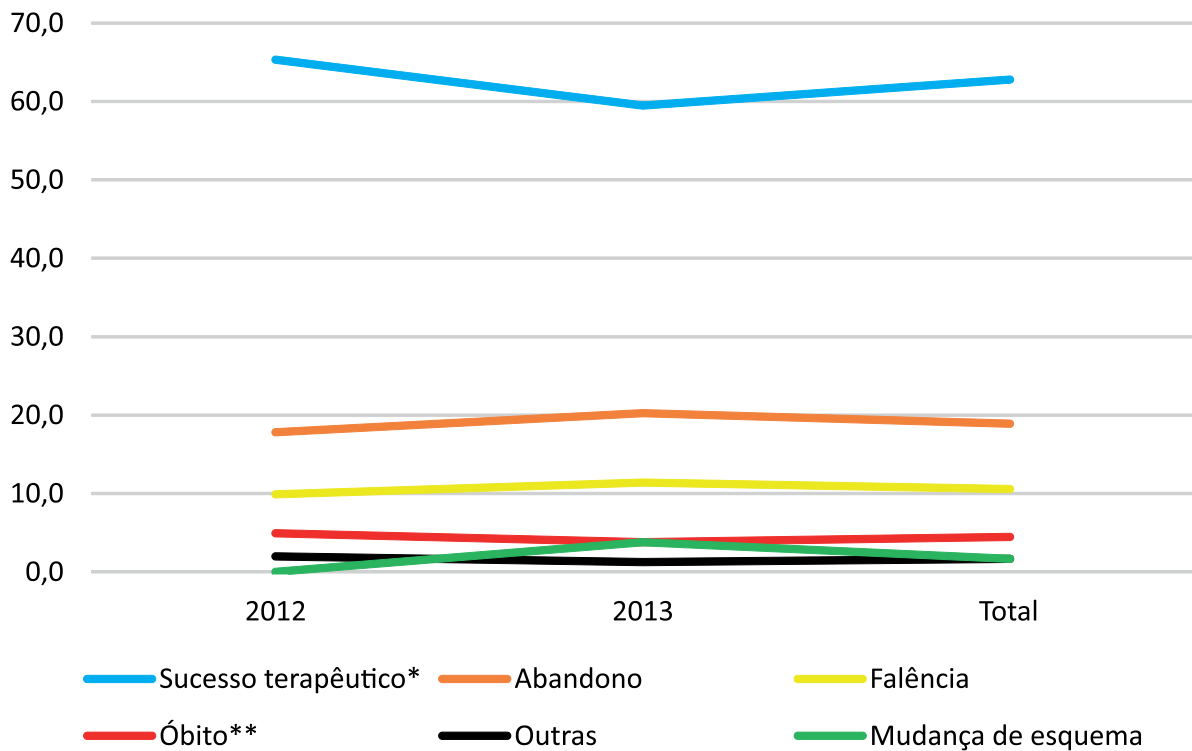
*Sucesso terapêutico= Cura + Tratamento completo

**Óbito= Óbito + Óbito por outras causas

Conforme exibido na Figura 5, o desfecho do tratamento entre os casos novos de TBDR e a proporção de sucesso terapêutico foi mais frequente no período analisado (62,8%). A proporção de abandono foi observada em 18,9% dos casos, no período de análise, 17,8% em 2012 e 20,3% em 2013.

A falência ao tratamento correspondeu a 10,6% das notificações no período. Quanto ao desfecho óbito, observou-se que 4,4% dos casos novos em tratamento no APGG evoluíram para o óbito.

Figura 5: Distribuição percentual dos casos novos notificados no APGG, segundo situação de encerramento, 2012 e 2013.



Fonte: SITETB

*Sucesso terapêutico= Cura + Tratamento completo

**Óbito= Óbito + Óbito por outras causas

Na Tabela 6, podemos verificar as diferenças nas taxas de encerramento dos casos segundo município de residência. Dentre os 3 municípios com maior número absoluto de casos, observou-se que o município de Duque de Caxias apresentou o maior percentual de sucesso terapêutico (58,8%) e o menor de óbito (7,8%).

O município de São João de Meriti apresentou a pior taxa de sucesso terapêutico (47,6%) e a maior taxa de abandono (28,6%). Por fim, aproximadamente metade dos casos do Rio de Janeiro obteve cura e observou-se a maior proporção de óbitos (10,5%) entre os 3 municípios com maior número de casos.

Tabela 6: Distribuição dos casos notificados no APGG, segundo município e situação de encerramento, 2012 e 2013.

Município	Encerramento do caso												
	Sucesso terapêutico		Abandono		Falência		Óbito		Outras		Mudança de esquema		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Angra dos Reis	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Barra do Piraí	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Barra Mansa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	1
Belford Roxo	7	46,7	6	40,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15
Duque de Caxias	30	58,8	11	21,6	6	11,8	4	7,8	0	0,0	0	0,0	51
Guapimirim	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Itaguaí	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4
Japeri	0	0,0	2	40,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5
Magé	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Mesquita	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4
Nilópolis	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
Niterói	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	1
Nova Iguaçu	10	62,5	1	6,3	3	18,8	1	6,3	0	0,0	1	6,3	16
Paracambi	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Piraí	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3
Quatis	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Queimados	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5
Resende	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	3
Rio de Janeiro	58	50,9	24	21,1	15	13,2	12	10,5	2	1,8	3	2,6	114
São Gonçalo	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
São João de Meriti	10	47,6	6	28,6	3	14,3	2	9,5	0	0,0	0	0,0	21
Seropédica	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	2
Volta Redonda	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
Total	139	54,1	54	21,0	35	13,6	21	8,2	3	1,2	5	1,9	257

Fonte: SITETB

*Sucesso terapêutico= Cura + Tratamento completo

**Óbito= Óbito + Óbito por outras causas

A distribuição proporcional de casos residentes no município do Rio de Janeiro segundo área programática (AP) demonstrou que os maiores números de casos corresponderam às AP 5.2 (21,1%) e AP 5.1 (17,5%) (Tabela 7). Ao analisar a situação de encerramento, segundo as áreas programáticas de abrangência do CRPHF, observamos as maiores taxas

de cura na AP 5.2 (66,7%), seguida da AP 4.0 (52,9%). Por outro lado, os piores indicadores de acompanhamento foram observados na AP 5.1 e 5.3, que apresentaram percentuais de cura de 50,0% ambos e os maiores percentuais de abandono com 25,0%. A maior proporção de óbito foi encontrada na AP 5.3 (16,7%) (Figura 6).

Tabela 7: Distribuição dos casos notificados no APGG, segundo situação de encerramento e área de planejamento, no período de 2012 a 2013.

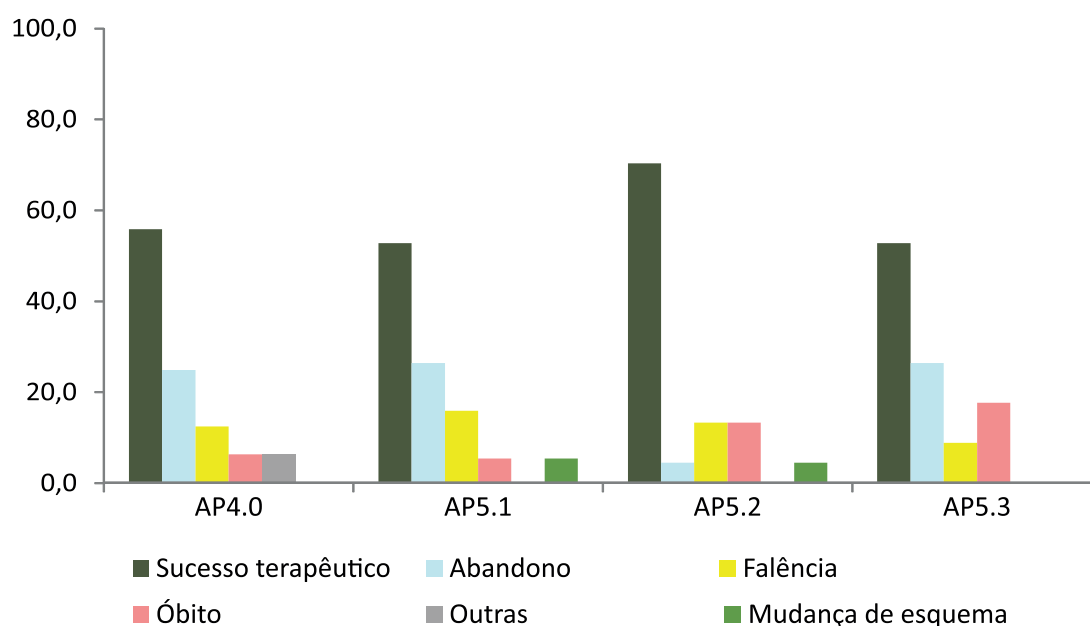
Área de planejamento	Encerramento do caso													
	Sucesso terapêutico		Abandono		Falência		Óbito		Outras		Mudança de esquema		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AP1.0	1	1,7	6	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	6,1
AP2.1	1	1,7	0	0,0	2	13,3	1	8,3	0	0,0	0	0,0	4	3,5
AP2.2	4	6,9	1	4,2	3	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	7,0
AP3.1	3	5,2	2	8,3	1	6,7	1	8,3	0	0,0	1	33,3	8	7,0
AP3.2	2	3,4	0	0,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0	4	3,5
AP3.3	6	10,3	2	8,3	0	0,0	1	8,3	1	50,0	0	0,0	10	8,8
AP4.0	9	15,5	4	16,7	2	13,3	1	8,3	1	50,0	0	0,0	17	14,9
AP5.1	10	17,2	5	20,8	3	20,0	1	8,3	0	0,0	1	33,3	20	17,5
AP5.2	16	27,6	1	4,2	3	20,0	3	25,0	0	0,0	1	33,3	24	21,1
AP5.3	6	10,3	3	12,5	1	6,7	2	16,7	0	0,0	0	0,0	12	10,5
Total	58	50,9	24	21,1	15	13,2	12	10,5	2	1,8	3	2,6	114	100

Fonte: SITETB

*Sucesso terapêutico= Cura + Tratamento completo

**Óbito= Óbito + Óbito por outras causas

Figura 6: Distribuição percentual dos casos atendidos no APGG, segundo áreas programáticas e situação de encerramento, 2012 e 2013.



Fonte: SITETB

*Sucesso terapêutico= Cura + Tratamento completo

**Óbito= Óbito + Óbito por outras causas

Predomina, dentre as categorias de encerramento, o desfecho favorável em todas as categorias de raça/cor, porém, esta proporção ficou bem abaixo da meta nacional do PNCT, com uma proporção mais elevada de sucesso terapêutico entre os brancos (61,4%) e mais baixa entre os pretos (44,6%). Já o abandono foi mais frequente entre os pardos (25,6%). A falência foi mais frequente entre os pretos (21,6%), duas vezes superior aos brancos (9,1%). O óbito foi mais frequente entre os pretos (9,5%) (Tabela 8). Assim como para a TB sensível, tais achados corroboram os descritos por Viana (2014) (17) que apontam para importantes diferenças no encerramento dos casos notificados no Brasil segundo raça/cor, revelando os piores indicadores de cura, abandono e óbito entre a população

autodeclarada preta, segundo as categorias adotadas pelo IBGE.

Portanto, recomendamos cautela na interpretação dos dados, sobretudo para não se realizarem especulações e atribuir às diferenças observadas nos indicadores de encerramento da TBDR a problemas de ordem genética ou biológica. Assim como em outras partes do mundo, no Brasil o tema da etnicidade é produto de um constructo histórico-social complexo. Nessa perspectiva, as diferenças raciais observadas nos indicadores de saúde parecem estar mais associadas às desigualdades socioeconômicas e à oportunidade de acesso aos serviços públicos de educação e saúde do que a quaisquer marcadores de risco ou outros parâmetros de ordem biológica.

Tabela 8: Distribuição dos casos notificados no APGG, segundo raça e cor por situação de encerramento, 2012 e 2013.

Encerramento	Raça/cor										Total
	Branca		Preta		Amarela		Parda		Ignorada		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sucesso terapêutico*	56	63,6	33	44,6	1	100	47	52,2	2	50,0	137
Abandono	15	17,0	16	21,6	0	0,0	23	25,6	0	0,0	54
Falência	8	9,1	16	21,6	0	0,0	10	11,1	1	25,0	35
Óbito**	5	5,7	7	9,5	0	0,0	8	8,9	1	25,0	21
Outras	1	1,1	1	1,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0	3
Mudança de esquema	3	3,4	1	1,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0	5
Total	88	100	74	100	1	100	90	100	4	100	257

Fonte: SITETB

*Sucesso terapêutico= Cura + Tratamento completo

**Óbito= Óbito + Óbito por outras causas

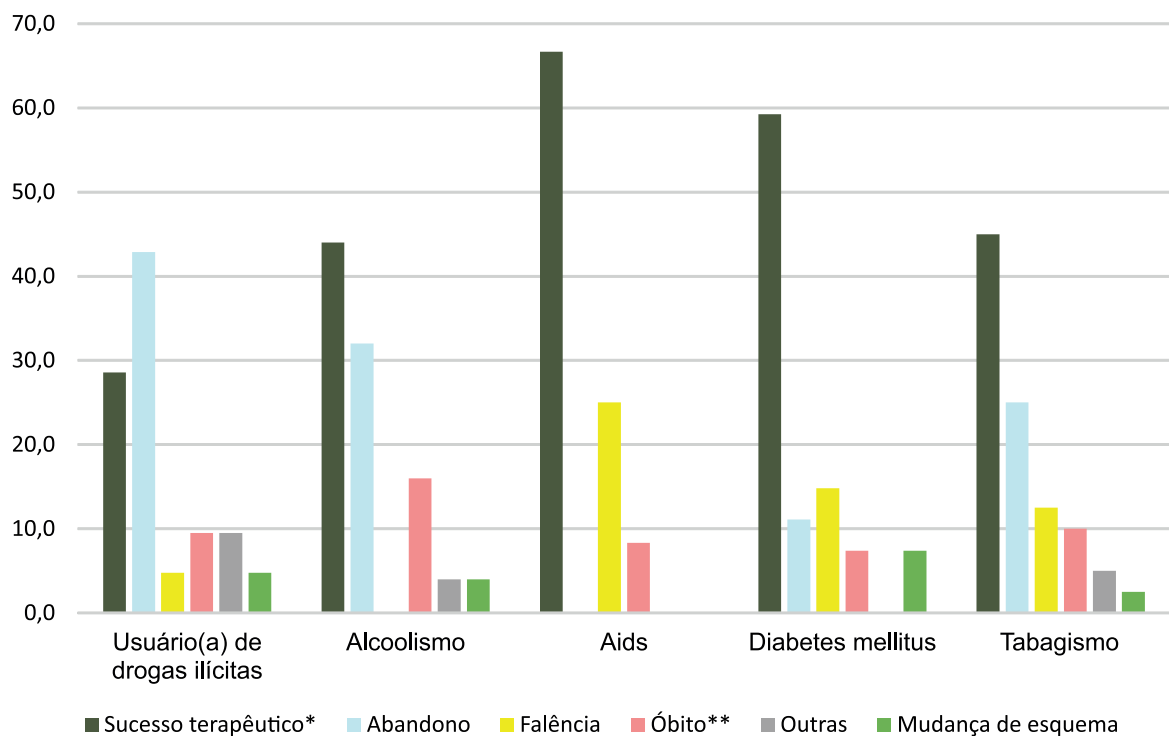
Conforme exibido na Figura 7, os usuários de drogas ilícitas apresentaram os piores indicadores de encerramento do tratamento quando comparado a outras comorbidades. Observaram-se menores proporções de sucesso terapêutico 28,6% e maiores proporções de abandono 42,9%. Os portadores de Aids apresentaram a maior proporção de sucesso terapêutico (66,7%), entretanto, também apresentaram a maior proporção de falência (25,0%) ao tratamento quando comparados as outras comorbidades.

O abandono do tratamento da TB é mais frequente quando o paciente é usuário de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas (18). Em tempos de epidemia do uso de crack (19), este

se torna um importante fator de abandono de tratamento da TB, de tal forma que implica na manutenção da cadeia de transmissão do bacilo, seja no seio familiar, grupo social ou comunidade, somado a isso, torna-se um desafio para os serviços de saúde manter a regularidade do tratamento e evitar a não adesão ao tratamento antiTB.

Embora seja conhecido na literatura que o hábito de fumar é um importante fator de risco ao adoecimento por TB (20), permanece incerta essa relação de risco junto aos casos TBDR. É possível que os pacientes que fumam sejam mais suscetíveis a outras más decisões no que diz respeito à sua saúde, incluindo dificuldades para adesão ao tratamento da TB.

Figura 7: Distribuição percentual dos casos notificados no APGG, segundo comorbidades associadas e situação de encerramento, 2012 e 2013.



Fonte: SITETB

A análise realizada, segundo a situação de encerramento e o tipo de entrada (Tabela 9), demonstrou que entre os casos de TBDR que apresentaram os maiores percentuais de cura foram os casos novos 65,3% (2012) e 59,5% (2013).

Foram observadas maiores proporções de abandono entre os casos reingresso após abandono 43,8% (2012) e 81,8% (2013). Chama atenção as baixas proporções de óbito quando os pacientes eram casos novos 5,0% (2012) e 3,8% (2013).

Tabela 9: Distribuição dos casos notificados no APGG, segundo tipo de entrada e situação de encerramento, 2012 e 2013.

Ano de tratamento	Encerramento	Tipo de entrada do paciente										Total		
		Caso novo		Reingresso após abandono		Falência		Recidiva		Mudança do padrão de resistência			Outro	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
2012	Sucesso terapêutico*	66	65.3	3	18.8	5	33.3	7	87.5	0	0.0	0	0.0	81
	Abandono	18	17.8	7	43.8	2	13.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	27
	Falência	10	9.9	2	12.5	5	33.3	0	0.0	1	100.0	0	0.0	18
	Óbito**	5	5.0	4	25.0	3	20.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0	13
	Outras	2	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2
	Mudança de esquema	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
	Total	101	100	16	100	15	100	8	100	1	100	0	100	142
2013	Sucesso terapêutico*	47	59.5	0	0.0	7	38.9	3	60.0	0	0.0	1	100.0	56
	Abandono	16	20.3	9	81.8	1	5.6	1	20.0	0	0.0	0	0.0	27
	Falência	9	11.4	1	9.1	7	38.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	17
	Óbito**	3	3.8	1	9.1	3	16.7	1	20.0	0	0.0	0	0.0	8
	Outras	1	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
	Mudança de esquema	3	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4
	Total	79	100	11	100	18	100	5	100	1	100	1	100	115

Fonte: SITETB

*Sucesso terapêutico= Cura + Tratamento completo

**Óbito= Óbito + Óbito por outras causas

CONCLUSÃO

Por meio da análise deste primeiro Informe Epidemiológico, podemos evidenciar que é inegável o papel relevante do Centro de Referência Professor Hélio Fraga como unidade de referência terciária do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento dos casos de TBDR do estado do Rio de Janeiro.

Por outro lado, consideramos que o enfrentamento da tuberculose resistente no Rio de Janeiro não é apenas um problema exclusivo

do setor saúde e restrito às suas ações e serviços. É fundamental que entidades governamentais de saúde envolvam na concepção, na implantação e no desenvolvimento de estratégias de controle outras esferas do governo e busquem fomentar iniciativas de desenvolvimento social a fim de melhorar as condições gerais de vida e saúde nos locais e em segmentos específicos da população, onde a TBDR se manifesta como um importante problema de saúde pública.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao apoio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose pela disponibilização das notificações dos casos de tuberculose resistente no SITETB. Agradecemos também a Jorge Rocha, médico pneumologista do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, pela valiosa contribuição na leitura crítica deste boletim.

Por fim, agradecemos ainda à pesquisadora Andrea Sobral de Almeida, do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, pela elaboração do mapa de abrangência das áreas programáticas do município do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hershkovitz I, Donoghue HD, Minnikin DE, May H, Lee OY-C, Feldman M, et al. Tuberculosis origin: The Neolithic sWcenario. *Tuberculosis* [Internet]. 2015;15:2015. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1472979215000220>
2. Zink A, Grabner W, Reischl U, Wolf H, Nerlich A. Molecular study on human tuberculosis in three geographically distinct and time delineated populations from ancient Egypt. *Epidemiol Infect* [Internet]. 2003 Apr;130(2):239–49. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2869959&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
3. Corthals A, Koller A, Martin DW, Rieger R, Chen EI, Bernaski M, et al. Detecting the immune system response of a 500 year-old Inca mummy. *PLoS One* [Internet]. 2012 Jan [cited 2012 Oct 30];7(7):e41244. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3405130&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
4. WHO. *Global Tuberculosis Report 2015*. 20th ed. Geneva; 2015. 204 p.
5. WHO. *Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): Global report on Surveillance and Response*. Geneva; 2010.
6. Caws M, Thwaites G, Dunstan S, Hawn TR, Lan NTN, Thuong NTT, et al. The influence of host and bacterial genotype on the development of disseminated disease with *Mycobacterium tuberculosis*. *PLoS Pathog*. 2008 Mar;4(3):e1000034.
7. Joshi R, Reingold AL, Menzies D, Pai M. Tuberculosis among health-care workers in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med* [Internet]. 2006 Dec [cited 2013 Jan 30];3(12):e494. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1716189&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
8. Faustini A, Hall AJ, Perucci CA. Risk factors for multidrug resistant tuberculosis in Europe: a systematic review. *Thorax* [Internet]. 2006 Feb [cited 2015 Nov 27];61(2):158–63. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2104570&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
9. Ejaz M, Siddiqui AR, Rafiq Y, Malik F, Channa A, Mangi R, et al. Prevalence of multi-drug resistant tuberculosis in Karachi, Pakistan: identification of at risk groups. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene; 2010;104(8):511–7.
10. Mesfin YM, Hailemariam D, Biadgilign S, Biadgilign S, Kibret KT. Association between HIV/AIDS and multi-drug resistance tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014 Jan;9(1):e82235.

11. Braga JU, Barreto AW, Hijjar MA. Inquérito epidemiológico da resistência às drogas usadas no tratamento da tuberculose no Brasil 1995-97, IERDTB. Parte III: Principais resultados. *Bol Pneumol Sanitária*. 2003;11(1):76–81.
12. Conde MB, Melo FAF De, Marques AMC, Cardoso NC, Pinheiro VGF, Dalcin PDTR, et al. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *J Bras Pneumol*. 2009;35(10):1018–48.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
14. R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2015. Available from: <http://www.r-project.org>
15. Cunha NV Da, Cavalcanti MDLT, Santos MLF Dos, Araújo VDLA, Cruz DMDOE, Pessanha GF, et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil*. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2015;19(53):251–64.
16. Lönnroth K, Williams BG, Stadlin S, Jaramillo E, Dye C. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis - a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2008;8:289. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18702821>
17. Viana PVS. Tuberculose no Brasil: Uma análise dos dados de notificação, segundo macro-região e raça/cor, para o período 2008-2011. Rio de Janeiro, 2014. 110 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, 2014.
18. Asghar RJ, Patlan DE, Miner MC, Rhodes HD, Solages A, Katz DJ, et al. Limited Utility of Name-Based Tuberculosis Contact Investigations among Persons Using Illicit Drugs : Results of an Outbreak Investigation. *J Urban Heal Bull New York Acad Med*. 2009;86(5):776–80.
19. Bastos FI. Crack no Brasil: uma emergência de saúde. *Cad Saude Publica*. 2012;28(6):1016–7.
20. Lönnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye C, Raviglione M. Drivers of tuberculosis epidemics: The role of risk factors and social determinants. *Soc Sci Med*. 2009;68:2240–6.

Conhecendo o CRPHF

O PAPEL DA FARMÁCIA DO CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA/ENSP/FIOCRUZ NO CONTEXTO DO SUS.

Érica Fernandes da Silva¹

¹Centro de Referência Professor Hélio Fraga,
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz – RJ

Email:
ericafernandes@ensp.fiocruz.br

O Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF), criado em 1984 pela Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), é a instituição nacional de referência do SUS para tuberculose e outras pneumopatias, destacando-se como órgão de apoio técnico ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e às ações nacionais em saúde pública. Em 2009, passou a fazer parte da estrutura da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

No ano de 2000, o ambulatório do CRPHF coordenou um protocolo multicêntrico para a definição de um esquema padronizado para tuberculose multirresistente (TBMDR). Este foi chancelado pelo Ministério da Saúde com a garantia da aquisição e disponibilização gratuita dos medicamentos aos usuários do Sistema Único de Saúde.

O Serviço de farmácia do CRPHF se fortaleceu como referência pelo fato de gerenciar e realizar a logística de distribuição dos medicamentos de segunda linha aos 250 Centros de Referência do país, de acordo com os casos notificados e pedidos realizados no sistema SITETB (Sistema de Tratamentos Especiais da TB), em vigor desde o ano de 2011. Além disso, realiza o atendimento de todos os casos com resistências aos medicamentos, casos de TB com complicações e micobacteriose não tuberculosa (MNT) do ambulatório de Pesquisa Germano Gerhardt (APGG).

Os atendimentos mensais dos casos em tratamento na farmácia do APGG variam de 150 a 200 pacientes e de 60 a 110 o número de Unidades de saúde atendidas no Brasil.

Dentre os atendimentos realizados, temos o atendimento farmacêutico que consiste em orientar os pacientes de primeira vez quanto aos cuidados com os medicamentos, condições de armazenagem para os casos que farão o tratamento autoadministrado e os casos em TDO que realizam autoadministrado nos finais de semana, a tomada dos medicamentos, relação/interação com as refeições, uso concomitante com outros medicamentos, ocorrência de reações adversas esperadas e principais orientações (canal de contato em caso de dúvidas).

Os atendimentos de orientação farmacêutica aos pacientes de primeira vez variam de 5 a 15 pacientes por mês.

Atualmente, a equipe do serviço de farmácia é composta pelos seguintes funcionários: Aline Gerhardt de Oliveira Ferreira (Técnica de farmácia), Erica Fernandes da Silva (Farmacêutica), Fabiano Caseira Macedo da Silva (Técnico de farmácia) e Rodrigo Marques Sattam Rodrigues (Estagiário de farmácia). O serviço de farmácia tem uma atuação considerável em diversas ações, tanto para melhoria na qualidade da distribuição dos medicamentos, visando a garantir que os mesmos cheguem à unidade de saúde com o menor tempo possível, quanto na realização de um atendimento mais humanizado, a fim de garantir o início do tratamento do paciente e, assim, interromper a cadeia de transmissão da doença.



Carlos Eduardo Gouvêa Basília¹

¹ Observatório Tuberculose Brasil (CRPHF/ENSP/Fiocruz), Parceria Brasileira Contra a Tuberculose – Stop TB Brasil, Comissão Aids, TB e Hepatites Virais do Conselho Nacional de Saúde (CIADAIDS/CNS).

DIA MUNDIAL TB – O Dia Mundial da Tuberculose foi lançado em 1982 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela União Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Pulmonares (*International Union Against TB and Lung Disease* – IUATLD) em homenagem aos 100 anos do descobrimento do bacilo causador da tuberculose (em 24 de março de 1882) pelo Dr. Robert Koch.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.181/2001, instituiu a **SEMANA NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO E LUTA CONTRA A TUBERCULOSE**, na semana que inclui o dia 24 de março, com as atividades específicas para marcar a data com o objetivo de:

I. concentrar esforços na divulgação da doença, sua prevenção, diagnóstico e tratamento;



II. mobilizar os gestores e órgãos do SUS para que, em articulação com outros segmentos dos setores público e privado, veículos de comunicação social, organizações não governamentais, grupos e movimentos da sociedade civil organizada sejam desenvolvidas atividades intensivas acerca da doença;

III. sensibilizar a sociedade, promovendo o seu engajamento permanente nas ações de mobilização e articulação com vistas à difusão de informações sobre a doença e a superação do estigma a ela relacionado;

IV. desenvolver, junto às escolas, programas específicos de prevenção e controle da doença;

V. sensibilizar os profissionais de saúde para a difusão de informações sobre a tuberculose em suas respectivas práticas;

VI. realizar eventos técnico-científicos para os profissionais de saúde relacionados à tuberculose, bem como acerca da situação da doença e do desenvolvimento das ações voltadas ao seu controle em todo o país.

DADOS PREOCUPANTES – O Brasil faz parte do grupo dos 22 países de alta carga priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, ocupando a 18ª posição em número absoluto de casos. No país, no período de 2005 a 2014, foram diagnosticados 73 mil casos novos de tuberculose e em 2013 ocorreram 4.577 óbitos. Apesar dos avanços obtidos nos últimos anos pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o país apresenta uma incidência de 36,6/100 mil habitantes.

A tuberculose no mundo

- Um terço da população mundial está infectada
- 9,6 milhões de novos casos notificados em 2014, sendo que 12% dos pacientes também eram portadores do HIV
- 80% dos casos em 22 países
- 1,5 milhão de mortes por ano
- 430 mil óbitos TB/HIV/Aids
- 480 mil casos de MDR-TB
- 550 mil crianças ficaram doentes com TB – e 80 mil morreram por causa da doença em 2013
- 10 milhões de crianças órfãs como resultado da morte dos pais por TB

O Brasil compõe a lista dos 22 países que concentram 80% do total da carga de tuberculose no mundo com:

- 73 mil casos novos de TB notificados por ano
- Taxa de incidência 33,5 por 100 mil hab. em 2014
- Cerca de 4, 4.577 óbitos em 2011
- 18º país em número de casos entre os 22 países de alta carga
- 4ª causa de mortes por doenças infecciosas
- 1ª causa de mortes dentre as doenças infecciosas definidas dos pacientes com AIDS

24 de Março Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose

Nos últimos anos, o Brasil e o mundo vêm ampliando os esforços para o controle da tuberculose, que continua sendo um importante e grave problema de saúde pública, essencialmente em função do aparecimento da Aids, do aumento do processo migratório e da pobreza.

O Brasil apresenta índices de mortalidade (2,6 para cada cem mil habitantes), prevalência (52 para cem mil habitantes) e incidência (44 para cem mil habitantes). Segundo a Organização Mundial de Saúde, para considerar a tuberculose uma doença sob controle, a taxa de incidência não deve ultrapassar cinco casos em cada 100 mil habitantes. Apesar de apresentar uma queda nos indicadores de morbimortalidade por TB, o Brasil também não conseguiu atingir a meta de cura de 85% dos casos da doença pactuados com a OMS. Além disso, a tuberculose é produto da desigualdade social.

Atualmente, os grupos sociais mais atingidos pela doença são vítimas de um forte processo de exclusão social: 25% da população com tuberculose no Brasil vive em situação de pobreza e 14% dessas pessoas são beneficiárias do Bolsa-Família. A população privada de liberdade tem 27 vezes mais risco de ter tuberculose que a população em geral, enquanto, entre a população em situação de rua, o risco chega a ser 44 vezes maior. Boletim Epidemiológico SVS/2015.

O estado do Rio de Janeiro possui a maior incidência de casos no país, 72 em cada 100.000 habitantes. No ano de 2012 foram notificados 14.505 casos em todo o estado, sendo 11.614 novos casos. Cerca de 10% destes são coinfectados com o vírus HIV. A taxa de mortalidade no estado é alta: 739 óbitos apenas em 2012. Atualmente, em todo o estado, a taxa de incidência é de 68,7 para cada 100 mil habitantes. Boletim Epidemiológico SES/PCT/RJ.

RESUMO: O Brasil tem avançado em termos gerais, mas a epidemia de tuberculose avança em populações-chaves (população em situação de rua, pessoas vivendo com HIV/aids, população prisional e indígenas). As taxas de abandono de tratamento ainda estão bem além do preconizado pela OMS e com diferenças importantes por regiões/estados/cidades. Para avançarmos e podermos avaliar melhor os avanços no combate à tuberculose no Brasil temos que construir metas, entendendo a epidemia como concentrada em determinadas populações e também em determinados estados/territórios.

Para Carlos Basília, Coordenador da área de advocacy, comunicação e mobilização social do Observatório Tuberculose Brasil vinculado ao CRPHF/ENSP/Fiocruz, e Secretário Executivo da Parceria Brasileira Contra a Tuberculose – Stop TB Brasil, a data do dia mundial TB é um momento estratégico para chamar a atenção para os indicadores epidemiológicos, os determinantes sociais da doença e a necessidade de se combater o estigma, o preconceito e a discriminação aos pacientes.



“O Dia Mundial de Combate à Tuberculose – 24 de Março não é uma data para comemoração, mas uma ocasião de mobilização mundial, nacional, estadual e local, buscando envolver todas as esferas de governo e setores da sociedade civil na luta contra esta enfermidade. É o marco fundamental de uma campanha permanente, fator fundamental para a intensificação das ações de enfrentamento da doença. Por isso é necessário divulgar o problema, mobilizar a sociedade e dar visibilidade nacional ao esforço brasileiro de luta contra a Tuberculose. Apesar do seu impacto para a saúde pública, a tuberculose não é vista como prioridade pela sociedade brasileira. De acordo com estudo realizado pela Universidade Federal Fluminense (UFF), em 2010, metade da população brasileira (49%) tem pouca ou nenhuma informação sobre a doença.” – diz Basília.



Fonte: Stop TB Partnership | Plano Global 2016/2020

Os investimentos empregados na prevenção, diagnóstico e tratamento de TB tiveram ligeiro acréscimo desde 2002, porém o gap anual é ainda de US\$ 2 milhões, necessários para assegurar uma resposta global à epidemia mundial de TB. Ademais, apesar da criação de novas ferramentas para diagnóstico e tratamento, são necessários maiores investimentos em pesquisa e desenvolvimento.

ESTRATÉGIA GLOBAL PÓS-2015/OMS

– A estratégia de erradicação da TB pós-2015 tem por objetivo eliminar a pandemia da doença até 2035. Uma mudança dramática necessita ocorrer nos próximos anos sobre como se combate a TB. Nossas ferramentas atuais usam tecnologia antiga e ultrapassada, com regimes de tratamento longos, complicados e com efeitos colaterais indesejáveis, além de uma vacina que tem 90 anos e não é muito efetiva, e a inexistência de formas de diagnóstico à cabeceira do paciente. Trata-se de uma oportunidade para propor soluções inovadoras de várias maneiras:

- Atingir os grupos de portadores de TB mais vulneráveis e propor novas formas de administrar tratamento e cuidados aos pacientes.
- Investir em intervenções adequadas ao cenário econômico, geográfico e social.

TUBERCULOSE – É uma doença infecto-contagiosa, causada pelo bacilo de Koch, e que afeta principalmente os pulmões, podendo também ocorrer em outros órgãos como ossos, rins e meninges (membrana que protege o sistema nervoso central). A transmissão é feita por via respiratória e está ligada às baixas condições de vida, particularmente, a moradia em locais sem ventilação adequada e sem exposição ao sol.

Os sintomas são tosse por mais de três semanas, febre, suores noturnos, falta de apetite, emagrecimento e cansaço. Deve-se buscar fazer o diagnóstico o mais rápido possível e iniciar logo o tratamento, pois após 15 dias sendo medicado o paciente para de transmitir a doença, diminuindo o número de pessoas que se infectam, bem como o número de doentes.



GLOBAL PLAN
TO STOP TB 2016/2020

Stop TB Partnership

- Adequar as intervenções às ferramentas de 2015 e propor novas formas de combate à doença com base em tecnologias de informação e comunicação (TIC) e plataformas tecnológicas inovadoras.
- Ampliar o espectro do engajamento dos parceiros na luta contra a TB, envolvendo parceiros não-médicos para incluir o desenvolvimento social, planejamento urbano e o setor privado.
- Pensar em alternativas inovadoras para administrar tratamento e serviços aos pacientes.

O que é tuberculose?
É uma doença causada por uma bactéria que ataca principalmente os pulmões, mas pode ocorrer em outras partes do corpo como os ossos, rins e meninges (as membranas que envolvem o cérebro).

O que fazer para prevenirla?
Vacinar as crianças recém nascidas com a vacina BCG, para protegê-las contra as formas mais graves da doença. Lembre-se: os adultos não são protegidos pela vacina. Portanto, fazer o diagnóstico e iniciar o tratamento o mais rápido possível, é a melhor forma de evitar a transmissão da doença.

Como é transmitida a tuberculose?
A tuberculose é transmitida de pessoa para pessoa. Ao espirrar ou tossir, o doente expõe as bactérias (bacilo de Koch) nas pequenas gotas de saliva, que podem ser aspiradas por outra pessoa, contaminando-a.

Tratamento e cura
O tratamento deve ser feito em um período mínimo de 6 meses sem interrupção. O tratamento só termina quando o médico confirmar a cura total do paciente.

Importante
• Ambientes fechados e mal ventilados favorecem a transmissão da doença.
• A medicação para o tratamento da tuberculose é fornecida gratuitamente pelo SUS.
• As pessoas próximas ao doente também precisam ser examinadas.
• 15 dias após iniciado o tratamento, a pessoa já não transmite mais a doença.

SOBRE O OBSERVATÓRIO TUBERCULOSE BRASIL (CRPHF/ENSP/FIOCRUZ)

Vinculado em 2012 à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca por meio do Centro de Referência Professos Hélio Fraga (CRPHF/ENSP) o objetivo do OTB é fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e contribuir para o controle da tuberculose no país, com o monitoramento das políticas públicas de saúde e promoção do controle social.

Integrante da rede FioTB, o Observatório é composto de diversas unidades da Fiocruz, com a proposta de articular as ações de pesquisa e serviço da Fundação na área. O Observatório TB desenvolve ações em *advocacy communication and social mobilization* (ACSM) e monitora os indicadores sociais e epidemiológicos relacionados à tuberculose. As ações estão de acordo com as Metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e contam com ativa participação de movimentos sociais no que se refere à execução dos compromissos assumidos oficialmente pelas três esferas de governo.

A ancoragem dessa iniciativa, na ENSP, visa a responder a demandas do movimento social de luta contra a doença e a necessidade de realizar estudos e desenvolver estratégias intersetoriais conjuntas articuladas entre os diversos atores, setores e políticas públicas. Busca, assim, enfrentar os determinantes sociais relacionados à tuberculose e suas associações. Entre eles, em especial, os que possuem relação direta com a pobreza e a dificuldade de acesso à saúde e a expectativa de maior participação da academia e, consequentemente, envolvimento mais amplo de pesquisadores, professores e alunos no enfrentamento da doença no país.

SAIBA MAIS SOBRE O OBSERVATÓRIO TB

Página oficial ENSP do Observatório no Facebook

<https://www.facebook.com/ObservatorioTuberculose>

Coluna: Pensar faz bem à saúde

O VÉU (AINDA MAIS JUSTO) DA IGNORÂNCIA: A FILOSOFIA POLÍTICA DE JOHN RAWLS E O DIREITO À SAÚDE

Pablo Dias Fortes¹

¹Centro de Referência Professor Hélio Fraga,
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz – RJ

Email:
pablodias@ensp.fiocruz.br

Nosso tema é o direito à saúde. Ou melhor: o significado que esta noção assume na construção de uma sociedade justa.

Isso nos leva diretamente ao campo da filosofia política. É nele, afinal, que o problema da justiça social tem sido objeto dos mais significativos esforços de sistematização teórica.

Um exemplo paradigmático é a obra do filósofo americano John Rawls (1921-2002), também conhecida como “teoria da justiça como equidade”.¹

Minha aposta aqui será então esboçar os elementos essenciais dessa teoria, uma vez que imagino se tratar ainda de uma abordagem fértil para o tipo de reflexão exigido pelo nosso tema.

Começemos com o básico: o que é exatamente uma “sociedade”? Resposta de Rawls: “um empreendimento cooperativo visando vantagens mútuas”. Dado esse inequívoco pressuposto, Rawls argumenta que, ao menos para as sociedades democráticas, a busca pela justiça só pode decorrer de um acordo estabelecido entre os próprios “sócios” (isto é: cada cidadão!) desse mesmo empreendimento.

¹A teoria da justiça como equidade foi apresentada e discutida por John Rawls principalmente em três livros: Uma Teoria da Justiça (1971), Liberalismo Político (1993) e Justiça como Equidade: uma reformulação (2001).

Mas que tipo de acordo é esse? E como ele pode assegurar que os termos da cooperação social sejam realmente justos?

Bem, a resposta que Rawls pretende dar a essas perguntas envolve um raciocínio um pouco diferente do que pensa talvez o senso comum. Isso porque não se trata de buscar um “conteúdo moral” para a justiça, ou seja, algo que já expresse uma finalidade que ela deveria simplesmente “fazer valer”, mas de garantir, em primeiro lugar, que as diferentes partes contratantes (pessoas, enfim, em diferentes posições sociais e com diferentes concepções morais) não façam de suas diferenças justamente um obstáculo para a cooperação social.

A concepção de justiça que Rawls persegue tem, portanto, um caráter sobretudo político!

Neste contexto, Rawls propõe imaginarmos uma situação bastante curiosa. Trata-se de um experimento hipotético no qual os indivíduos são compelidos a deliberar sobre as condições da cooperação social, ignorando precisamente a posição que ocupam na sociedade. A metáfora usada por Rawls é a do “véu da ignorância”. Ela busca descrever o que Rawls chamou também de “posição original”, isto é, uma circunstância ideal de equidade em que ninguém saberia dizer nada de si mesmo (classe social, sexo, raça, talentos, renda, religião, prestígio etc.).

É com base nesse experimento que Rawls desenvolve a sua “teoria da justiça como equidade”. A hipótese de Rawls é que, na chamada “posição original”, nenhum indivíduo estaria disposto a cooperar sem uma espécie de “seguro” no caso de um posicionamento social menos vantajoso. A escolha dos princípios

de justiça envolveria, portanto, a prudência de um cálculo pessoal como base da própria reciprocidade.

Neste sentido, Rawls acaba chegando então à defesa dos seguintes princípios: “1) cada pessoa tem o mesmo direito irrevogável a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja compatível com o mesmo esquema de liberdades para todos; e 2) as desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições: primeiro, devem estar vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades; e, em segundo lugar, têm de beneficiar ao máximo os membros menos favorecidos da sociedade.”

Como se pode ver, o principal objetivo da teoria da justiça como equidade é explicar, acima de tudo, por que é preciso encontrar um orgânico equilíbrio entre liberdade e igualdade. Os indivíduos desejam certamente ser livres, mas para que a liberdade se constitua como um legítimo direito, pensa Rawls, ela deve estar atrelada também às expectativas de segurança que os indivíduos menos favorecidos possuem na qualidade de membros socialmente cooperativos. Além disso, “ser livre” não significa nada, em termos de direito, caso não represente igualmente acesso equitativo a cargos de prestígio e a outras oportunidades de mobilidade social.

É claro que, aqui também, Rawls está partindo de outros pressupostos teóricos. Primeiro, porque o resultado do acordo (os dois princípios apresentados mais acima) supõe que a “posição original” seja ocupada por indivíduos “razoáveis”. Rawls os classifica assim por entender que são pessoas capazes de efetuar o tipo de cálculo explicado (e

justificado!) por ele. Segundo, porque, de acordo ainda com Rawls, pensar uma sociedade cujos membros sejam plenamente cooperativos implica, de saída, a distribuição de certos bens que satisfaçam exatamente às exigências dos princípios. Por isso Rawls os define como “bens primários”. São eles: direitos, liberdades, oportunidades e renda e riqueza. Para Rawls, a capacidade de criarmos instituições deveria priorizar, antes de mais nada, a função de distribuir tais bens.

Ora, mas o que tudo isso teria a ver com o tema propriamente dito do direito à saúde? Ou ainda: como a filosofia política de Rawls pode nos ajudar a pensar um direito que, afinal de contas, não parece ter centralidade na teoria da justiça como equidade?

Aqui é bom evitar precipitações. A começar pelo fato de que o foco da teoria de Rawls é com a fase pré-contratual da associação política. A questão sobre quais direitos devem ser explicitados e garantidos é entendida, por Rawls, como um problema mais propício para a etapa da convenção constituinte e seus respectivos desdobramentos legislativos.

Tal como eu vejo, contudo, nada impede que, ao nos imaginarmos na “posição original”, não devêssemos ignorar também a nossa possível condição de saúde. Daí a minha sugestão de tornarmos “ainda mais justo” (no sentido mesmo de reajustar!) o “véu da ignorância”. Ironias à parte, por que seria, afinal, menos razoável esperar que, na circunstância idealizada por Rawls, não seja o risco de adoecer um fator de desigualdade?

Radicalizada assim a situação de equidade na “posição original”, a saúde seja talvez um dos primeiros direitos a merecer menção explícita na carta constitucional de uma Nação. Nisso consiste, a propósito, a riqueza singular do SUS, cuja existência consagra a saúde como “direito de todos e dever do estado”. Apesar do crônico subfinanciamento e dos maus exemplos de gestão, permanece sendo ele uma ferramenta estratégica de coesão social. Reproduzindo, enfim, o que disse o próprio Rawls ao final do seu primeiro livro: “A pureza do coração, se pudéssemos atingi-la, consistiria em ver isso claramente e agir com graça e controle em virtude desse entendimento”.

Mural de informações

ABERTURA DAS INSCRIÇÕES DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PNEUMOLOGIA SANITÁRIA

O Curso de pós-graduação lato sensu de Especialização em Pneumologia Sanitária (CEPS) é realizado anualmente no Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-FIOCRUZ). Tem por objetivo capacitar profissionais de saúde de nível superior para atuarem criticamente na gestão e execução de programas de controle da tuberculose. Ao longo dos seus 17 anos de existência, já formou cerca de 600 profissionais para o SUS.

RESUMO CALENDÁRIO DO CEPS 2016

Período do curso: **22/08/2016** a **12/12/2016**
(presencial + trabalho de campo + elaboração de TCC) – 500h

Período presencial: **22/08/2016** a **30/09/2016**
(no CRPHF/ENSP/FIOCRUZ) – 306h

Período de trabalho de campo: **03/10/2016**
a **04/11/2016** – 72h

Período da Elaboração do TCC: **04/11/2016** a
12/12/2016 – 122h

Entrega do TCC: **12/12/2016** (data da postagem)

Período de inscrição previsto:
08/03 a 05/05/2016

Período de seleção previsto:
30/05 a 03/06/2016

Data prevista do resultado da seleção:
06/06/2016

Período da matrícula previsto:
07 a 10/06/2016

CLIENTELA

- Profissionais de saúde de nível superior que atuam na área de pneumologia sanitária, em especial a tuberculose;
- Gestores que atuam na área de pneumologia sanitária, em especial a tuberculose;
- Profissionais de nível superior com interesse e perspectiva de atuar na área de pneumologia sanitária, em especial a tuberculose.

VAGAS

São oferecidas 40 vagas (sendo 35 alunos brasileiros e 05 alunos estrangeiros)

DESCRIÇÃO DO CURSO

O curso é constituído de cinco Unidades de Aprendizagens (UA). Ao final, o aluno deverá elaborar um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

- UA1-Medidas de Controle em Pneumologia Sanitária
- UA2-Vigilância Epidemiológica: Conceitos – Indicadores Sistema de Informação
- UA3-Administração de Programas para o Controle da Tuberculose
- UA4-Gestão do Programa de Controle da Tuberculose
- UA5-Estudo e Prática de Trabalho de Campo
- Elaboração do TCC

As Inscrições podem ser realizadas no site:
www.sigals.fiocruz.br

no período de
01/03 a 06/05/2016

Informações:
(21) 2448-6862
(21) 2448-6809

A coordenação.
GLÓRIA REGINA COELHO DA MOTTA
JESUS PAIS RAMOS
MARTHA GÓES FERNANDES

