



Boletim TB

Cidade de São Paulo



2016

A Assembléia Mundial da Saúde aprovou em 2015 a Estratégia Global e Metas para Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose para o período pós 2015, com a visão de um mundo livre da tuberculose com zero morte, sem adoecimento e nenhum sofrimento devido a essa doença.

As metas para o ano de 2035 são a redução de 95% das mortes por tuberculose e de 90% do coeficiente de incidência de casos, tendo como base o ano de 2015. Isto representa alcançar uma incidência de 10 casos/100 mil hab que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera ser uma taxa em que a tuberculose deixaria de ser um problema de saúde pública.

Espera-se alcançar estas metas, por meio de 3 pilares:

1. Prevenção da doença, cuidado integrado e centrado no paciente
2. Políticas arrojadas e sistemas de apoio
3. Intensificação de pesquisas e incorporação de inovações

Introdução

Visão **Um mundo livre de TB**
Zero mortes , zero novos casos e nenhum sofrimento devido à tuberculose

Objetivo **Fim da epidemia mundial da tuberculose**

Indicadores	Marcos		Metas	
	2020	2025	2030	Fim da TB 2035
Redução do nº de mortes por (%) TB em comparação a 2015	35%	75%	90%	95%
Redução do coeficiente de incidência da TB comparado com 2015 (%)	20% (<85/100 mil)	50% (<55/100 mil)	80% (<20/100 mil)	90% (<10/100 mil)
Famílias afetadas pelos gastos catastróficos devido a TB (%)	Zero	Zero	Zero	Zero

Princípios

1. Compromisso político com monitoramento e avaliação
2. Fortalecimento da parceria com a sociedade civil e as organizações sociais
3. Proteção e promoção dos direitos humanos , éticos e de equidade
4. Adaptação da estratégia e metas a nível nacional com a colaboração mundial

Com os objetivos propostos torna-se imprescindível aos municípios, para a obtenção de resultados, estabelecer políticas públicas que apoiem grupos vulneráveis que são os mais acometidos pela doença, no intuito de facilitar e garantir o acesso aos serviços, ao diagnóstico agilizado e tratamento supervisionado, apoiado em políticas sociais que aumentem a adesão ao tratamento e, consequentemente a cura.

Tuberculose no Município de São Paulo

É inegável o avanço conquistado na efetivação das ações no controle da tuberculose em São Paulo no decorrer dos anos. É uma cidade heterogênea, com muitos contrastes e imensa desigualdade social e com uma população de 11.967.825 (IBGE, pop estimada para 2015), possui o desafio contínuo em implementar e assegurar a manutenção da organização das ações, serviços de saúde e a gestão do programa descentralizado em 100% da rede de saúde, nas várias instâncias. Este desafio é inerente ao enfrentamento da tuberculose respeitando a integralidade no cuidado das pessoas acometidas com a doença.

O município de São Paulo conta no seu território com os seguintes serviços para o atendimento da tuberculose:

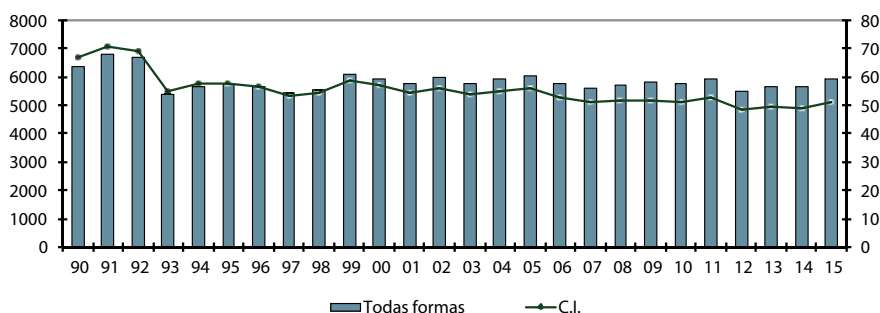
- 451 Unidades Básicas de Saúde/UBS (364 UBS e 87 UBS/AMA integradas)
- 30 AMA (assistência médica ambulatorial)
- 1.450 equipes Estratégia de Saúde da Família/ESF (cobertura de 43,2%)
- 18 Equipes de Consultório na Rua/CnaRua,
- 16 PS/PA, 2 UPA
- 17 Ambulatórios de Especialidades, 15 Ambulatórios Médicos de Atendimento Especializado, 9 Serviços Rede Hora Certa (Hospital/Dia)
- 82 Centros de Atenção Psicossocial/CAPS
- 122 hospitais, sendo 19 municipais
- 16 Unidades de Serviços de Atendimento Especializado (SAE)/ Centro de Referência DST/Aids e 10 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)
- 45 laboratórios dos quais 7 são laboratórios públicos municipais
- 29 referências secundárias e 4 terciárias

* 12 Unidades Prisionais (Secretaria Estadual da Administração Penitenciária, localizadas no município de São Paulo)

Incidência

O município de São Paulo, em 1990, registrou 6.382 casos novos de tuberculose todas as formas e coeficiente de incidência de 67,1/100 mil habitantes. Em 2015 foram notificados 5919 casos novos ou 51,1/100 mil hab. Uma redução de 23,8% com uma queda anual de 0,7 %, no período de 1990 a 2015 (Gráfico 1). Esta incidência é maior que as do Estado de São Paulo e do Brasil que apresentaram incidências de 38,4/100 mil hab e 30,9/100 mil hab em 2015, respectivamente.

Gráfico 1. Tuberculose todas as formas, número de casos e incidência/100 mil hab., MSP, 1990 a 2015

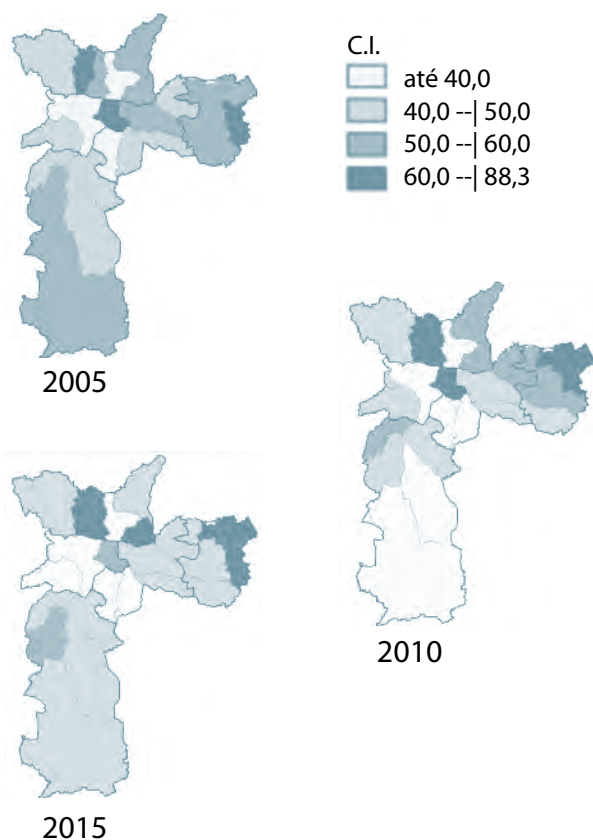


Fonte: TBWEB, 16.maio.2016

A distribuição dos casos de tuberculose no município ocorre de forma heterogênea entre as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e supervisões de vigilância em saúde (SUVIS). Em 2015, as CRS Centro (55,5/100 mil hab) e Leste (58,5/100 mil hab) foram regiões com as maiores incidências (Anexo 1).

A Figura 1 apresenta a distribuição de incidência por SUVIS nos anos de 2005, 2010 e 2015. Observa-se um aumento de áreas com incidências menores, no decorrer do período, permanecendo ainda áreas com incidências de 60 a 88,3/100 mil hab: Itaim Paulista (70,3/100 mil hab), Cidade Tiradentes (70,3/100 mil hab), São Miguel (68,4/100 mil hab), Guaianases (64,2/100 mil hab) localizadas na CRS Leste e as SUVIS Cachoeirinha/Casa Verde (62,3/100 mil hab), FO/Brasilândia (63,9/100 mil hab) e Vila Maria (60,2/100 mil hab) da CRS Norte (Anexo 3).

Figura 1. Incidência de TB todas as formas no MSP por SUVIS, 2005, 2010 e 2015



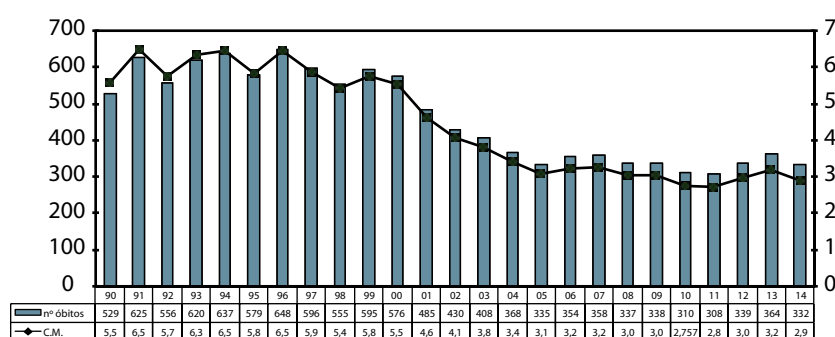
Fonte: TBWEB, acesso 31.maio.2016

Mortalidade

O coeficiente de mortalidade por tuberculose em 1990 era de 5,6 óbitos/100 mil hab e em 2014, de 2,9 óbitos/100 mil hab atingindo-se a meta proposta pela OMS: reduzir em 50% as taxas de óbito por tuberculose até 2015, tendo como base o ano de 1990. Esta é uma das metas do milênio (gráfico 2).

Em 2014, o MSP teve coeficiente de mortalidade maior que o do Estado (1,8/100 mil hab) e do Brasil (2,2/100 mil hab).

Gráfico 2. Número de óbitos e mortalidade/100 mil hab. por TB, MSP, 1990 a 2014

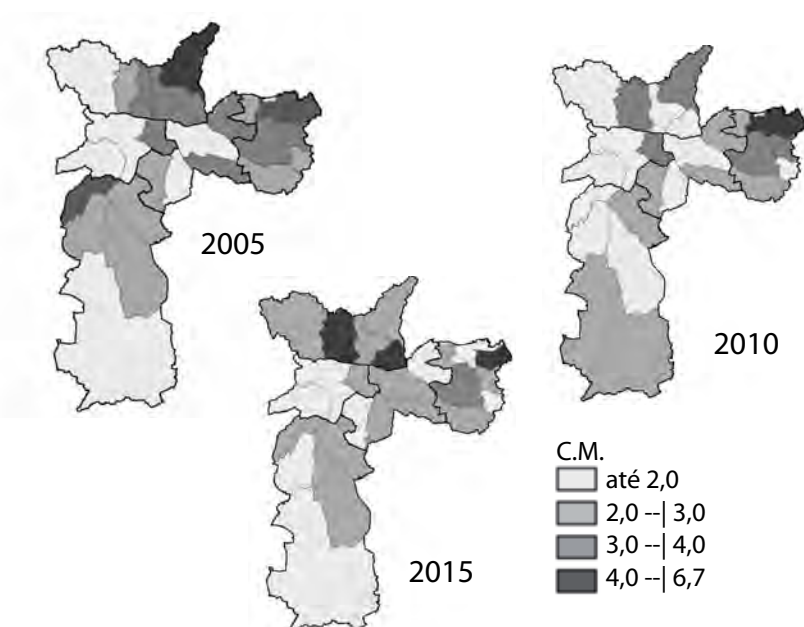


Fonte: TBWeb acesso 16/05/2016

A distribuição da mortalidade é também heterogênea entre as CRS, com aumento no número de SUVIS com taxas menores, como já havia sido observado na incidência, refletindo a melhoria nos indicadores, ao longo do período de 2005 a 2014. (figura 2 e Anexo 1).

As SUVIS com as maiores taxas de mortalidade são Casa Verde/Cachoeirinha (5,5/100 mil hab), FO/Brasilândia (5,1/100 mil hab), Vila Maria (4,4/100 mil hab) e Itaim Paulista (5,0/100 mil hab) que apresentaram 4 ou mais óbitos por TB/100mil hab (Anexo 2).

Figura 2. Mortalidade por TB no MSP, por SUVIS, 2005, 2010 e 2014

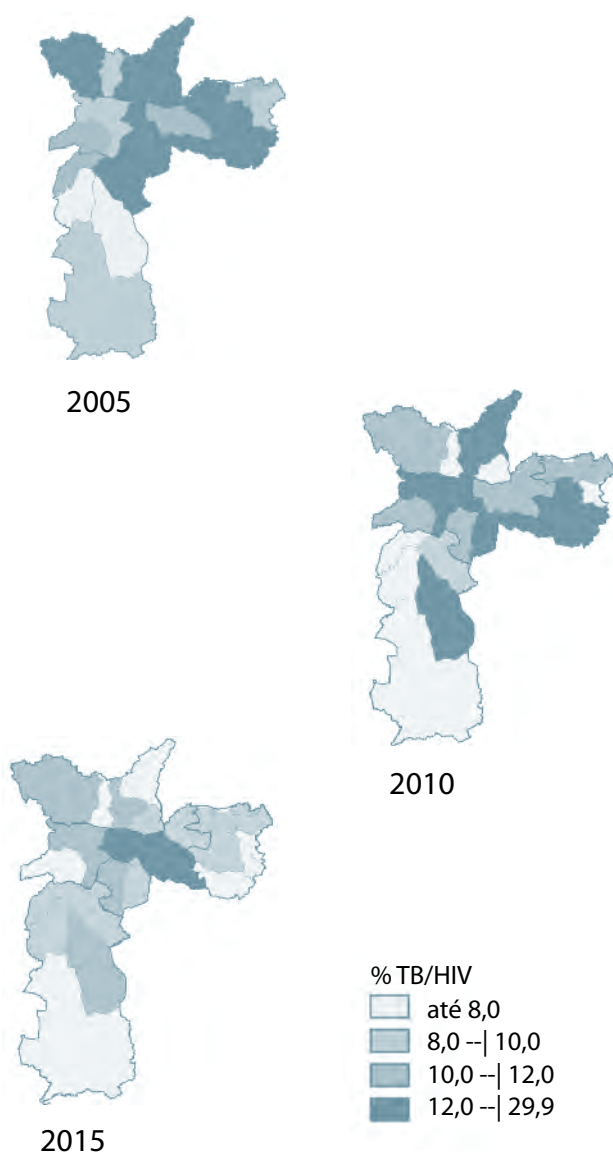


Fonte: TBWEB, acesso 31.maio.2016

Coinfecção TB/HIV

Pela importância da TB em pacientes soropositivos HIV, é recomendada a testagem para HIV em 100% dos casos diagnosticados com TB. No município, a taxa de realização do teste foi 86,4% e a taxa de coinfecção de 10,4%, em 2015. Na figura 3 estão representadas as taxas de coinfecção TB/HIV por SUVIS com alterações ocorridas no decorrer do tempo. Em 2015, a CRS Centro/SUVIS Sé apresentou taxa de coinfecção de 25,7 %, sendo a maior do município. Esta taxa é duas vezes maior que as apresentadas pelas duas SUVIS que a seguem, Mooca/ Aricanduva e Vila Prudente/ Sapopemba, com 12,6%. A população em situação de rua apresentou 15,2 % de coinfecção, neste ano.

Figura 3. Taxas de coinfecção TB/HIV no MSP por SUVIS, 2005, 2010 e 2015



Fonte: TBWEB, acesso 31.maio.2016

Detecção de casos Busca Ativa

A busca ativa (BA) dos sintomáticos respiratórios (SR) é a estratégia recomendada para descoberta precoce dos doentes bacilíferos, permitindo assim a introdução do tratamento adequado e oportuno, favorecendo a interrupção da cadeia de transmissão. Estima-se que 1% da população seja sintomática respiratória e destes, 4% tenham baciloscopia positiva. Desta forma, a BA é a atividade prioritária na detecção dos casos de TB e deve fazer parte das atividades de rotina das unidades de saúde. Desde 2011, por orientação do Programa Estadual de Tuberculose foram incluídas, na programação anual, duas campanhas de intensificação da BA.

O impacto da tuberculose nas populações mais vulneráveis como as pessoas vivendo em situação de rua, os institucionalizados, os imigrantes, a população indígena e as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) é muito maior e as dificuldades de adesão relacionadas a estes grupos se expressam nas baixas taxas de cura e nas altas taxas de abandono e óbito.

A realização da BA entre estes grupos é realizada de rotina e é adaptada devido à singularidade de cada segmento:

População em situação de rua: a BA vem crescendo anualmente e é realizada principalmente pelos agentes sociais e as equipes de CnaRua, baseada na abordagem na rua e nos cronogramas pré-estabelecidos nos equipamentos sociais.

Pessoas privadas de liberdade: a BA vem sendo realizada na inclusão do reeducando, em todas as unidades do sistema prisional do município, mostrando altas taxas de detecção. No Centro Hospitalar Penitenciário (CHP), a busca ativa foi também incorporada no atendimento ambulatorial de todos os pacientes.

Pessoas vivendo com HIV/Aids: observou-se uma queda na BA entre os anos de 2012 a 2015. A TB é a maior causa de óbito entre as PVHA, evidenciando na maioria destes casos, a ocorrência de diagnóstico tardio, tanto para TB quanto para o HIV, ou seja, a perda de instituição oportuna dos tratamentos específicos. Assim, indica-se a implementação da BA de TB e HIV nas unidades de atendimento.

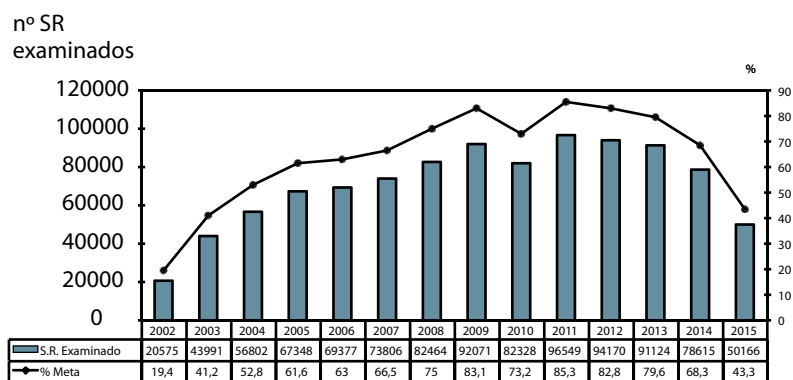
Imigrantes e indígenas: em 2015, as ações de BA foram incluídas nas campanhas e nas atividades de rotina dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos domicílios/aldeias, casas de acolhida para refugiados/imigrantes e nas oficinas de trabalho.

A Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) obtém o número de SR examinados de 3 fontes: 1.LabTB, 2.Sinresp/planilha digital e 3. Rede Diagnóstico TRM-TB/IAL.

1. LabTB: é um sistema informatizado on-line da Secretaria do Estado de São Paulo, onde são registrados, pelos laboratórios, todas as baciloskopias e culturas realizadas, pelos 45 laboratórios públicos e conveniados ao SUS que atendem tanto a rede ambulatorial quanto as unidades de urgência/emergência.

Esta rede de laboratórios recebe visitas técnicas e as baciloskopias são submetidas ao controle de qualidade realizado pelo PMCT-SP. Destes, 7 são laboratórios municipais de Saúde Pública responsáveis pela realização de cerca de 80% dos exames de tuberculose no MSP.

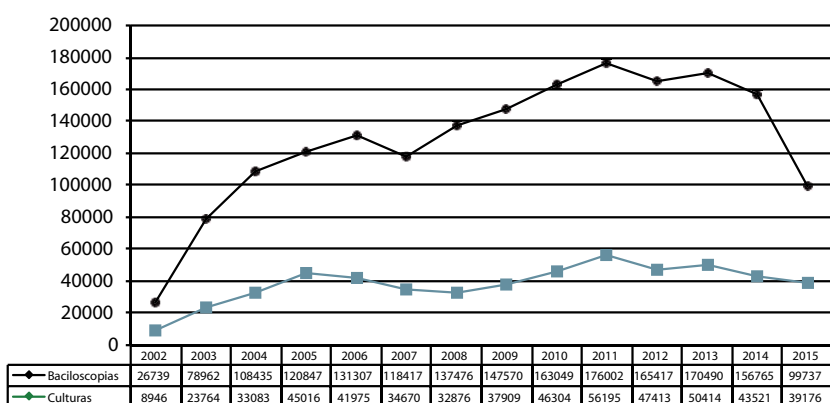
Gráfico 3. Número de SR examinados por baciloscopia e % meta atingida, MSP 2002 a 2015



Fonte: LABTB acesso em 16/05/2016

O gráfico 3 representa o número de primeiras amostras para diagnóstico (SR examinado) realizado por baciloscopia pelos laboratórios, no sistema LabTB. Com a implantação do TRM-TB observa-se, em 2014 e 2015, uma redução no número de baciloscopias realizadas para exame do SR. Em 2015, foram realizados 122.912 exames, somando –se as baciloscopias de 1ª amostra com os TRM de diagnóstico.

Gráfico 4. Número de baciloscopias e culturas realizadas, MSP 2002 a 2015



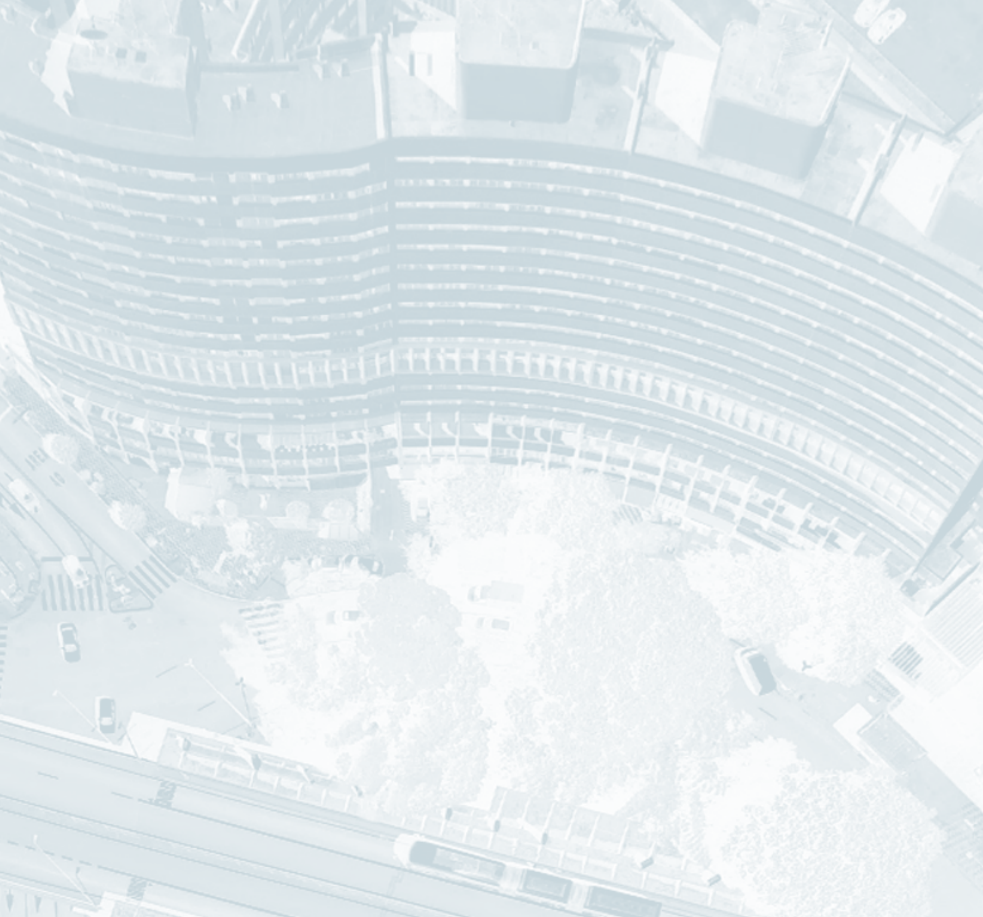
Fonte: LABTB, acesso 16/05/2016

Devido à priorização do TRM-TB como exame de diagnóstico, a baciloscopia de escarro passou a ser realizada principalmente para controle de tratamento. Com relação às culturas, houve decréscimo em 2015, podendo ser parcialmente justificada pela irregularidade de informação no sistema LabTB por algumas instituições, porém apontando para a necessidade de novas capacitações das equipes de atendimento, sensibilizando para a solicitação deste exame para todos os grupos prioritários, segundo critérios já estabelecidos (Gráfico 4). A definição de critérios para a realização de culturas foi estabelecida pela Portaria CVE-SES CG-2, de 03/03/2006: PVHA, população em situação de rua, privados de liberdade, indígenas, institucionalizados, profissionais da saúde/ sistema prisional/ instituições fechadas, retratamentos, extrapulmonares, casos pulmonares persistentemente negativos, suspeitos de resistência medicamentosa, contatos de pacientes TB resistente e outros grupos com maior risco de adoecimento. Há uma recomendação do Ministério da Saúde/MS para a realização de cultura universal e para tanto outros grupos foram acrescentados tais como imigrantes/refugiados, portadores de diabetes, usuários de álcool e outras drogas (Tabela 1).

Tabela 1. Casos de tuberculose em situação de vulnerabilidade, segundo realização de cultura de escarro, MSP 2006 a 2015

Situação de Vulnerabilidade	ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
HIV(+)	Total casos	1073	1010	983	999	995	968	930	940	903	932
	Realizada	388	463	486	557	588	624	623	580	559	564
	%realizada	36,2%	45,8%	49,4%	55,8%	59,1%	64,5%	67,0%	61,7%	61,9%	60,5%
Profissional da Saúde	Total casos	96	92	97	84	101	96	80	95	73	103
	Realizada	24	23	34	43	53	54	34	48	40	54
	%realizada	25,0%	25,0%	35,1%	51,2%	52,5%	56,3%	42,5%	50,5%	54,8%	52,4%
Imigrantes	Total casos	180	173	238	268	273	404	347	311	254	297
	Realizada	38	57	106	109	105	151	136	148	125	203
	%realizada	21,1%	32,9%	44,5%	40,7%	38,5%	37,4%	39,2%	47,6%	49,2%	68,4%
Retratamento	Total casos	1178	1034	1096	1077	1065	1154	1146	1247	1283	1396
	Realizada	440	467	589	657	717	714	726	760	813	966
	%realizada	37,4%	45,2%	53,7%	61,0%	67,3%	61,9%	63,4%	60,9%	63,4%	69,2%
Diabetes	Total casos	394	380	370	352	352	365	391	418	416	503
	Realizada	108	136	118	135	157	150	174	183	194	278
	%realizada	27,4%	35,8%	31,9%	38,4%	44,6%	41,1%	44,5%	43,8%	46,6%	55,3%
População em situação de rua	Total casos	226	233	306	365	408	415	451	502	645	698
	Realizada	88	97	183	216	264	275	286	331	477	524
	%realizada	38,9%	41,6%	59,8%	59,2%	64,7%	66,3%	63,4%	65,9%	74,0%	75,1%
Detento	Total casos	125	167	246	206	311	316	353	400	376	377
	Realizada	61	106	161	169	287	290	317	364	334	303
	%realizada	48,8%	63,5%	65,4%	82,0%	92,3%	91,8%	89,8%	91,0%	88,8%	80,4%

Fonte: TBWeb acesso 16/05/2016



2. Sinresp/Planilha digital: a planilha contém dados de BA realizada pelas unidades ambulatoriais municipais que são recebidas, condensadas e repassadas por cada SUVIS/CRS para o Programa Municipal de Controle da Tuberculose/PMCT. O sistema informatizado SinResp foi implantado em 2008, conseguindo sensibilizar a rede para esta atividade com a implementação acontecendo até 2013. Desde então, o sistema foi inviabilizado e substituído pelo encaminhamento de planilhas digitais. A fonte destes dados, nas unidades de atendimento, é obtida nos livros de registro de SR (livro azul).

A BA no MSP teve um impacto grande com a parceria ocorrida em 2008, entre a COVISA/PMCT e a Atenção Básica, tendo-se incorporado a taxa de realização de pelo menos 50% da meta de SR examinado de cada unidade de Estratégia de Saúde da Família, como um indicador pactuado da Secretaria Municipal de Saúde/SMS com os parceiros que gerenciam essas equipes nos territórios. A implantação ocorreu com capacitações em todas as CRS.

A CRS Sul é a região onde a BA tem a maior cobertura populacional com mais de 80% da meta atingida. A CRS Oeste é a que apresenta a menor cobertura, com menos de 30% da meta. Os dados da CRS Centro estão com a BA na população de rua computados junto com a da população geral da área superestimando a cobertura real, considerando-se que a população em situação de rua não está incluída no censo dos residentes do território (Tabela 2).

Tabela 2. Número de SR examinados, meta e % atingido por CRS. MSP, 2008 a 2015

CRS	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2014	2015								
	SR EXAMINADO	% ATINGIDO DA META DE 1% POP.	SR EXAMINADO	% ATINGIDO DA META DE 1% POP.	SR EXAMINADO	% ATINGIDO DA META DE 1% POP.	SR EXAMINADO	% ATINGIDO DA META DE 1% POP.								
CENTRO*	1.036	24,7	2.182	51,3	3.438	79,8	3.797	87,5	3.341	76,3	3.378	76,5	2.036	46,1	1.771	39,5
OESTE	1.398	13,9	1.522	15,0	2.132	20,8	6.317	61,4	3.520	34,0	3.598	34,5	3.112	29,9	3.375	32,0
LESTE	7.758	32,9	11.562	48,8	14.486	60,9	15.814	66,1	17.856	74,3	13.978	57,8	16.143	66,8	17.557	71,9
NORTE	8.492	38,8	9.767	44,4	10.543	47,6	11.393	51,2	11.596	51,9	9.207	41,0	12.357	55,1	11.762	51,9
SUDESTE	8.400	32,0	9.328	35,4	10.846	40,9	12.301	46,3	10.741	40,3	12.077	45,2	10.460	39,2	9.833	36,6
SUL	21.291	85,4	22.233	88,1	19.074	74,8	21.475	83,3	21.430	82,3	21.704	82,5	21.099	80,2	21.845	81,4
TOTAL	48.375	43,6	56.594	50,7	60.519	53,8	71.097	62,8	68.484	60,2	63.942	55,9	65.207	57,0	66.143	57,1

*Fonte: planilhas SMS/COVISA/CCD

*2008 a 2013 : População em situação de rua está incluída na população geral"

3. Rede Diagnóstico TRM-TB: com a introdução do TRM-TB em 2014, como exame diagnóstico prioritário, houve a implantação de um sistema de informação do exame, coordenado pelo Instituto Adolfo Lutz (IAL) em São Paulo, que passou a ser a terceira fonte.

O TRM-TB baseia-se na identificação do DNA do *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) pelo método de PCR em tempo real e permite a detecção em 2 horas, além da identificação de resistência à rifampicina. Inicialmente o teste foi indicado para amostras pulmonares sendo ampliado em 2015 para outras amostras extrapulmonares (líquido pleural, líquido, lavado gástrico, biópsias e tecidos em geral).

Em 2014, o MS repassou 14 equipamentos para o MSP que foram distribuídos para os 7 laboratórios municipais. Outras 6 instituições localizadas no município (Centro de Referência e Treinamento DST Aids (CRT DST/Aids), Instituto Clemente Ferreira, Santa Casa de São Paulo, Instituto de Infectologia Emilio Ribas, Hospital das Clínicas, Hospital São Paulo) também foram contempladas. Além dos equipamentos, o MS tem garantido o abastecimento dos insumos.

A contrapartida do município foi a disponibilização do resultado do exame on-line (Matrix-Net), agilizando o conhecimento do resultado pela unidade solicitante e pelas vigilâncias.

Em 2015, os laboratórios municipais realizaram 96,8% dos TRM realizados no MSP, com detecção do MTB em 6,2% das amostras de diagnóstico em casos novos e 18,4% nos retratamentos (Tabela 3).

Tabela 3. Número e percentual de detecção de MTB e resistência à rifampicina nos TRM realizados, segundo tipo de caso, MSP, 2015

Tipo caso	novo		retratamento		Total
	nº	%	nº	%	
Nº exames	68586	100,0	1426	100,0	70012
TRM MTB detectado	4297	6,2	262	18,4	4559
TRM resistente à rifampicina	249	5,8	16	6,1	265

Fonte: SMS / Matrix, acesso maio.2016

Em 2015, foram detectadas 265 amostras TRM rifampicina resistente, na capital, correspondendo a 103 casos. A Tabela 4 demonstra a conclusão dos casos de acordo com o teste de sensibilidade. O Núcleo de Micobacterioses do IAL está pesquisando as discordâncias apresentadas por sequenciamento genético e/ou outras técnicas moleculares.

Tabela 4. Casos de TRM resistente segundo resultado do teste de sensibilidade realizado, MSP 2015.

Teste de Sensibilidade	nº	%
Multirresistência	22	21,4
Monorresistência a rifampicina	7	6,8
Resistência a outras drogas	5	4,9
Sensível	43	41,7
Não realizado	26	25,2
Total	103	100

Fonte: SMS/COVISA/CCD acesso 30/05/2016

Tratamento

Do total de 5919 pacientes detectados com tuberculose no ano de 2015, 190 pacientes (3,2%) não iniciaram tratamento - 79 casos foram a óbito antes do diagnóstico e/ou tratamento e 111 não foram localizados para início de tratamento.

A cobertura de Tratamento Diretamente Observado (TDO) no MSP foi de 65,7% em 2015, taxa ainda insuficiente desta estratégia recomendada para a melhora na adesão. Em 2014, a taxa de cura foi de 75,4% para os casos novos de tuberculose todas as formas e a taxa de abandono de 14,3%. As taxas são diferenciadas dependendo do tipo de tratamento. Em 82,9% dos casos foi TDO e em 62,9% foi Auto Administrado (AA). Na tabela 5 observa-se que os casos em TDO apresentam os melhores resultados, aproximando-se dos resultados esperados.

Tabela 5. Tuberculose: cobertura de tratamento de casos novos residentes. Município de São Paulo, 2006 a 2014

Tratamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	5756	5624	5728	5797	5746	5945	5517	5659	5657	5919
Tipo trat	5481	5414	5577	5635	5722	5785	5363	5512	5430	5706
Cobertura TDO	95,2%	96,3%	97,4%	97,4%	97,2%	97,3%	97,2%	97,4%	96,0%	96,4%
Auto administrado	1994	2154	2477	2906	3174	3312	3187	3422	3394	3746
	36,4%	39,8%	44,4%	51,6%	56,8%	57,3%	59,4%	62,1%	62,5%	65,7%
	3487	3260	3100	2729	2412	2473	2176	2090	2036	1960
	63,6%	60,2%	55,6%	48,4%	43,2%	42,7%	40,6%	37,9%	37,5%	34,3%
Tratamento em TDO	1711	1792	2088	2400	2678	2827	2761	2869	2812	2829
Cura	85,8%	83,2%	84,3%	82,6%	84,4%	85,4%	86,6%	83,8%	82,9%	
Abandono	194	216	254	323	337	321	276	386	407	407
	9,7%	10,0%	10,3%	11,1%	11,1%	9,7%	8,7%	11,3%	12,0%	12,0%
Falencia	15	27	18	31	20	13	16	13	17	17
	0,8%	1,3%	0,7%	1,1%	0,6%	0,4%	0,5%	0,4%	0,5%	0,5%
Obito NTB	35	45	52	55	63	49	52	54	57	57
	1,8%	2,1%	2,1%	1,9%	2,0%	1,5%	1,6%	1,6%	1,7%	1,7%
Obito TB	23	38	32	46	46	48	45	51	51	51
	1,2%	1,8%	1,3%	1,6%	1,6%	1,4%	1,4%	1,5%	1,5%	1,5%
Tr Estado	14	32	31	43	22	50	26	37	35	35
	0,7%	1,5%	1,3%	1,5%	0,7%	1,5%	0,8%	1,1%	1,0%	1,0%
não encerrado	2	4	2	8	8	4	11	12	15	15
	0,1%	0,2%	0,1%	0,3%	0,3%	0,1%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
Tratamento auto administrado	2287	2174	2089	1766	1634	1674	1499	1406	1281	629
Cura	65,6%	66,7%	67,4%	64,7%	67,7%	67,7%	68,9%	67,3%	62,9%	
Abandono	634	581	567	516	425	416	336	357	371	371
	18,2%	17,8%	18,3%	18,9%	17,6%	16,8%	15,4%	17,1%	18,2%	18,2%
Falencia	7	12	19	13	11	7	12	12	10	10
	0,2%	0,4%	0,6%	0,5%	0,5%	0,3%	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%
Obito NTB	290	265	223	226	185	209	149	134	175	175
	8,3%	8,1%	7,2%	8,3%	7,7%	8,5%	6,8%	6,4%	6,4%	6,4%
Obito TB	165	143	143	111	119	133	134	122	118	118
	4,7%	4,4%	4,6%	4,1%	4,9%	5,4%	6,2%	5,8%	5,8%	5,8%
Tr Estado	37	43	51	55	23	24	30	20	24	24
	1,1%	1,3%	1,6%	2,0%	1,0%	1,0%	1,4%	1,0%	1,2%	1,2%
não encerrado	67	42	8	42	15	10	16	39	57	57
	1,9%	1,3%	0,3%	2,4%	0,6%	0,4%	0,7%	1,9%	2,8%	2,8%
TDO e auto administrado	3998	3966	4177	4166	4312	4501	4260	4275	4093	754
Cura	72,9%	73,3%	74,9%	73,9%	77,2%	77,8%	79,4%	77,6%	75,4%	
Abandono	828	797	821	839	762	737	612	743	778	778
	15,1%	14,7%	14,7%	14,9%	13,6%	12,7%	11,4%	13,5%	14,3%	14,3%
Falencia	22	39	37	44	31	20	28	25	27	27
	0,4%	0,7%	0,7%	0,8%	0,6%	0,3%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Obito NTB	325	310	275	281	248	258	201	188	232	232
	5,9%	5,7%	4,9%	5,0%	4,4%	4,5%	3,7%	3,4%	4,3%	4,3%
Obito TB	188	181	175	157	165	181	179	173	169	169
	3,4%	3,3%	3,1%	2,8%	3,0%	3,1%	3,3%	3,1%	3,1%	3,1%
Tr Estado	51	75	82	98	45	74	56	57	59	59
	0,9%	1,4%	1,5%	1,7%	0,8%	1,3%	1,0%	1,0%	1,1%	1,1%
não encerrado	69	46	10	50	23	14	27	51	72	72
	1,3%	0,8%	0,2%	0,9%	0,4%	0,2%	0,5%	0,9%	1,3%	1,3%
S/Trat	271	47%	207	158	154	149	148	141	198	190
S/início tratamento	4,7%	3,7%	2,5%	2,7%	2,7%	2,5%	2,7%	2,5%	3,5%	3,2%
notif. exame laboratorial	46	36	20	29	49	51	57	55	81	81
	17,0%	17,0%	13,8%	18,4%	34,2%	34,2%	38,5%	39,0%	40,9%	40,9%
notif. Declaração óbito	225	171	125	129	105	98	91	86	117	79
	83,0%	82,6%	82,6%	81,6%	68,2%	65,8%	61,5%	61,0%	59,1%	41,6%

Fonte: TBWeb acesso 16/05/2016

Para incentivar esta modalidade de tratamento, disponibilizam-se bilhetes únicos (BU) para facilitar a locomoção até o local de tratamento, a realização de exames ou consultas. A partir de 2004, foi iniciada a distribuição de cestas básicas aos pacientes que cumprirem o contrato de adesão firmado com a unidade. Em 2015, foram disponibilizados BU com 18.606 descolamentos e entregues 21.897 cestas básicas.

Nas populações vulneráveis, as melhores taxas (cura e abandono) são alcançadas pelos privados de liberdade (76,7% e 11,2%) e pelos imigrantes (72,2% e 15,3%). Tanto a população em situação de rua (SRF) como o coinfestado TB/HIV obtiveram a cura em somente 50% dos casos, sendo a taxa de abandono de 34,1% e 18,1% respectivamente. Além desses resultados desfavoráveis, 11,3% das pessoas em situação de rua que iniciaram tratamento tiveram o encerramento como óbito, assim como 24,5% dos casos PVHA, taxas estas muito elevadas em relação aos outros segmentos.

Comparando-se as taxas de encerramento de tratamento (2014) nas coortes de pacientes soronegativos e positivos, nota-se que os resultados são discrepantes, evidenciando a necessidade de se promover ações colaborativas intersetoriais para a melhora do desfecho nas PVHA:

HIV	resultado de tratamento		
	cura	abandono	óbito
soronegativos	82,7	11,1	4,2
soropositivos	52,5	19,2	22,7

Na população em situação de rua, o Projeto de Ações Contingenciais no Enfrentamento da Tuberculose (PACTU) demonstrou a melhora nos resultados, quando trabalhada a intersectorialidade.

Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (TILTB)

O TILTB constitui-se numa medida para a prevenção da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* na quimioprofilaxia primária no RN ou para evitar o adoecimento dos indivíduos previamente infectados. A indicação do TILTB é importante nas crianças contato de doentes e particularmente nas populações vulneráveis: PVHA, doenças imunodepressoras e aqueles que fazem uso de imunossupressores.

Observa-se que de 2010 a 2013 houve um incremento de TILTB com queda nos anos seguintes. Os contatos respondem por cerca de 50% dos tratamentos instituídos e o restante sendo distribuído pelas outras indicações. Ano a ano, os pacientes em uso de imunossupressor vêm apresentando um incremento de tratamento, diferentemente do grupo PVHA que teve queda expressiva no período, em número e percentual (de 30% para 10%) (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição da TILTB segundo critério de indicação, MSP, 2010 a 2015

Critérios de indicação	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Contato com bacilífero	473	51,2	738	59,6	743	55,3	766	52,8	501	49,3	449	55,6
HIV/AIDS	284	30,7	252	20,4	268	20,0	237	16,3	156	15,3	87	10,8
Uso de imunossupressor	54	5,9	86	6,9	130	9,7	184	12,7	166	16,3	121	15,0
Outras causas	111	12,0	132	10,7	196	14,7	263	18,1	322	19,0	149	18,4
S/informação	1	0,1	30	2,4	6	0,4	2	0,1	1	0,1	2	
Total	923	100	1238	100	1343	100	1452	100	1017	100	808	100

Fonte: sistema de informação de quimioprofilaxia, maio/16

Pesquisa Tuberculose/ Diabetes Mellitus

A comorbidade tuberculose acometendo portadores de Diabetes mellitus (DM) tem sido objeto de atenção pela OMS devido ao aumento no número deste segmento populacional no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, causado pelo crescimento da obesidade, pelo sedentarismo, ingestão de alimentos processados e açucarados e ao aumento da longevidade, fatores que propiciam o aparecimento da DM. Os portadores de DM tem um risco de adoecimento por tuberculose 3 a 8 vezes maior do que a população geral, apresentando dificuldade na negatificação da baciloscopia e maior risco de óbito.

Com o intuito de se verificar a prevalência de TB na população de pacientes com DM que frequentam as unidades de saúde de uma região do MSP, realizou-se um projeto de pesquisa TB/DM nas unidades da STS Cachoeirinha/Casa Verde em parceria com a Atenção Básica, Saúde do Adulto, CRS Norte e STS Cachoeirinha com apoio da OPAS e Ministério da Saúde no período de 2013 a 2014. A amostra do estudo foi composta por 1145 pacientes com DM e os resultados deste estudo corroboraram a necessidade de investigar tuberculose entre os pacientes portadores de DM, por meio de realização de RX de tórax e pesquisa bacteriológica dos SR, assim como investigar diabetes, com realização de glicemia em jejum nos pacientes com tuberculose. Os métodos utilizados para esta investigação se mostraram sensíveis e factíveis por estarem disponíveis na rotina do atendimento. Os resultados indicaram a necessidade de implantar o rastreamento bi-direcional na linha de cuidados da tuberculose e da diabetes. Do total de pacientes do estudo, foram identificados 68 SR, com 8 pacientes detectados sendo 6 com tuberculose e 2 com micobactéria não tuberculosa (MNT). Os casos de tuberculose foram tratados e tiveram encerramento por cura.

Monitoramento das MNT e das resistências às drogas antiTB

A resistência bacteriana aos medicamentos existentes e o acometimento por outras micobactérias não tuberculosas são hoje preocupação mundial. Desta forma, o PMCT monitora os resultados de identificação e teste de sensibilidade realizados pelo IAL, o fluxo de encaminhamento para as referências e o acompanhamento dos casos que apresentam identificação de MNT ou com alguma resistência aos medicamentos antiTB.

Atualmente, existem cerca de 180 espécies de MNT identificadas, sendo a maioria delas não patogênicas. Em espécimes clínicas não estéreis, recomenda-se dois isolamentos para o diagnóstico da doença e o encaminhamento para a referência terciária para tratamento desses casos. No caso dos PVHA, o tratamento é realizado nas unidades especializadas DST/AIDS.

Em 2015 foram identificados 459 pessoas com MNT das quais 106 possuíam sorologia positiva para HIV. As espécies patogênicas mais prevalentes foram as *M. kansasii*, *M. avium* e *M. abscessus*.

Devido à intensa movimentação dos detentos entre as unidades prisionais do estado de São Paulo e o fato de termos no MSP uma das referências terciárias para o sistema prisional, o PMCT faz o monitoramento dos resultados dos detentos de todo o estado e solicita para o serviço de referência a convocação dos casos para avaliação médica. Esta atividade reduz de forma significativa o tempo entre a liberação do resultado da resistência e a efetivação da adequação do esquema terapêutico à resistência detectada.

A detecção da resistência à rifampicina pelo TRM ampliou a atividade de monitoramento pela necessidade de confirmação da resistência pela segunda amostra com encaminhamento em tempo hábil para a referência terciária para a definição e instituição do tratamento adequado.

Na tabela 7 pode-se observar a distribuição dos casos atendidos com alguma resistência às drogas antiTB, segundo local de residência. A CRS Norte e Sudeste e Leste são, ao longo do período, os locais de maior número de casos.

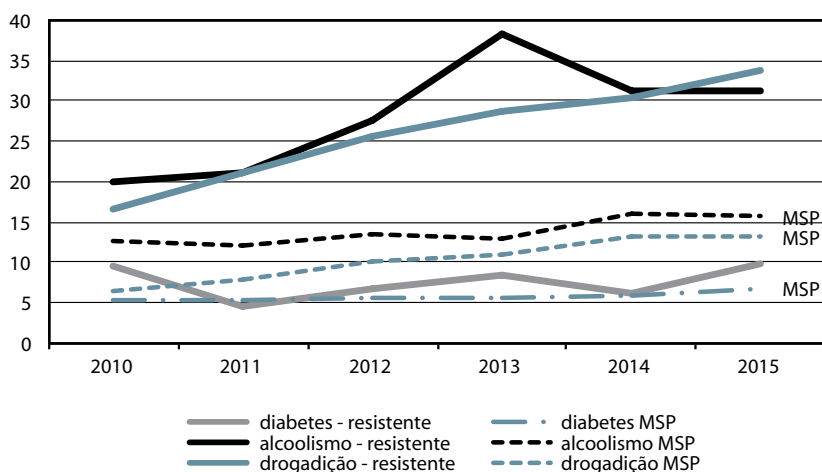
Tabela 7. Distribuição dos casos detectados com alguma resistência as drogas antiTB, segundo local de residência, proporção de multirresistentes (MR) e ano de diagnóstico da resistência MSP de 2005 a 2015

Local de residência	ano do diagnóstico da resistência										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Oeste	4	10	6	3	3	9	6	8	6	5	0
Centro	5	10	8	12	18	13	15	11	9	3	4
Norte	44	50	27	39	33	39	25	25	26	20	17
Sudeste	20	18	27	27	27	20	30	25	24	12	20
Sul	17	19	11	16	21	22	15	19	17	12	6
Leste	17	19	19	27	24	36	28	16	19	13	20
SRF	9	15	13	11	15	17	15	13	18	9	19
subtotal residentes MSP	116	141	111	135	141	156	134	117	119	74	86
Detento	16	8	12	12	13	30	25	34	36	21	30
outros municípios	14	16	19	10	13	14	16	12	9	4	5
ignorado	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
subtotal não residentes, atendidos MSP	30	24	32	22	26	44	41	46	45	25	35
Total	146	165	143	157	167	200	175	163	164	99	121nº
MR	53	59	39	65	50	67	48	34	30	24	28
% MR	36,3	35,8	27,3	41,4	29,9	33,5	27,4	20,9	18,3	24,2	23,1

Fonte: TBWeb acesso 16/05/2016

Em 2015 foram detectados 121 casos com resistência a pelo menos uma droga, dos quais 23,1% (28) são multirresistentes e 71,1% (86) são residentes no MSP. Do total dos casos 18,2% (22) são soropositivos para o HIV, 31,4% (38) têm registro de alcoolismo, 33,9% (41) de drogadição e 9,9% (12) de diabetes. No período de 2005 a 2015 foram detectados 18 casos TBXDR (extremamente resistentes) sendo 14 residentes no MSP. Destes pacientes, 3 continuam em tratamento (Gráfico 5).

Gráfico 5. Percentual de pacientes com TB segundo referência de diabetes, alcoolismo e drogadição entre casos resistentes e não resistentes, MSP 2010 a 2015



Fonte: Banco resistência do PMCT acesso 19/05/16 e TBWEB

Tendo em vista a importância do controle da TB e considerando-se os vários fatores que ao longo do tempo vêm impedindo o alcance das metas de cura e abandono propostas pela OMS para o seu controle, optou-se no Estado de São Paulo pela criação de Comitês Estadual e Municipais de monitoramento e prevenção da tuberculose resistente. No MSP em 2015 foram criados o Comitê Central (CCD/PMCT e CRS) e os Comitês Regionais (CRS e SUVIS).

O objetivo maior é a condução à cura dos pacientes com tuberculose drogarresistente (TBDR) e a prevenção de novos casos, seja em decorrência de tratamento irregular ou pela transmissão entre os contatos de pacientes com TBDR.

Os grupos alvos para monitoramento nos comitês do MSP, são os pacientes resistentes (a qualquer droga), os pacientes que apresentam baciloscopia de controle positiva após 60 dias de tratamento específico para TB e os pacientes que apresentam 3 ou mais abandonos de tratamento.



Juntos,
um
PACTU
tuberculose
pela cura

PACTU pela Cura

Estratégias potencializadoras para a cura da tuberculose na população em situação de rua

O PMCT de São Paulo se depara com o desafio no enfrentamento da doença tuberculose e em responder à complexidade das práticas no atendimento às necessidades das pessoas vivendo em situação de rua, superando o modelo assistencialista.

Com 12 milhões de habitantes, a cidade notificou 5919 casos novos de TB em 2015. A taxa de incidência na população geral vem apresentando declínio sendo em 2015 de 51,1/100 mil hab porém, na população em situação de rua recenseada (15905-FIPE) esta taxa foi de 2.445,8/100 mil hab, risco 48 vezes maior que na população geral.

Com o repasse financeiro do MS, Portaria GM/MS nº3110, para a implementação de ações contingenciais no controle da tuberculose a articulação intra e intersetorial foi imprescindível para a construção de estratégias para a redução das vulnerabilidades sociais e em saúde. A construção coletiva para o enfrentamento da TB nesta população foi realizada pelo PMCT, apoiado pela COVISA, em parceria com a Atenção Básica, Secretaria da Assistência e Desenvolvimento Social, Governo local envolvido (CRS Centro), Movimento Nacional da População em Situação de Rua e as organizações sociais: Centro Social N. Sra. do Bom Parto, Rede Paulista de Controle Social da Tuberculose.

Após o processo de alinhamento conceitual e organização da prática de trabalho, em fevereiro de 2015 iniciou-se a operacionalização.

Objetivo: aumentar a taxa de cura tendo como estratégia o tratamento diretamente observado diário, inclusive finais de semana e o desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular (PTS), intersetorial, visando o resgate da cidadania e a inclusão social.

A equipe PACTU formada por 5 agentes sociais, 2 enfermeiras, 1 assistente social, 1 psicólogo e 1 interlocutor foi qualificada para atuar nas áreas de abrangência das UBS N Sra do Brasil, Humaitá e CSE Barra Funda, integradamente com os profissionais do CnaRua e em conformidade com a dinâmica das UBS, CAPS, referência 2aria e 3aria de TB, hospitais, laboratório e equipamentos sociais.

Nestes 12 meses o projeto possibilitou:

- Integração: consolidação da Rede de Assistência à Saúde e Social no território com o governo local, adequação de fluxo de referência e contra referência das unidades de saúde, assistência social e da educação
- Refeição diária (3/dia) com qualidade, em estabelecimentos conveniados na região, sem discriminação, possibilitando abertura de diálogo com a sociedade sobre o respeito, solidariedade e corresponsabilidade
- Obtenção de documentação, cadastro único (CADÚnico), encaminhamento para o recebimento de benefícios sociais, qualificação/inserção no mercado de trabalho e na Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- Resgate de vínculos familiares pelas redes sociais e telefonemas
- Ampliação da visibilidade da TB nas populações vulneráveis, com participação dos movimentos sociais
- Encontros mensais com entrega de certificados de cura, comemoração de aniversários, troca de experiências entre pacientes, estimulando a continuidade do tratamento indicando a possibilidade de cura, consolidação de vínculos na adesão ao tratamento
- Ações culturais: as atividades realizadas nos vários espaços da cidade (Museu de Arte de SP, Museu do Futebol, Parque do Ibirapuera, outros) oportunizou a percepção da cidadania
- Oficinas artesanais: momento de produção afetiva e social com os pacientes, principalmente, quando muitos se restringem na vinculação com os profissionais. Também considerada uma estratégia de redução de danos, sendo um período de atividade grupal, da oficina artesanal e roda de conversa
- Monitoramento & Avaliação: acompanhamento semanal dos casos de TB integrando PMCT, governo local, equipes das UBS, CnaRua e PACTU com o aprimoramento dos profissionais no diagnóstico e acompanhamento da TB e comorbidades, e do processo de inserção sócio cultural e reintegração familiar dos pacientes.

Em números

De fevereiro 2015 a abril de 2016

Cadastrados 68 pacientes: 4 excluídos (não confirmou TB/não estava em situação de rua) e 4 abandonos primários

Dos 60 acompanhados:

5 transferidos por detenção ou mudança de região/cidade
9 em tratamento

Dos 46 encerrados:

- 41 CURAS (89,1%)
- 04 ABANDONOS (8,7%)
- 01 ÓBITO (2,2%).

Dos encerrados:

- **52,2 %** inscritos para o recebimento dos benefícios sociais durante o processo do projeto PACTU (Bolsa família / Renda cidadã ou LOAS, 3 aguardando)
- **21,7%** vínculos restabelecidos com a família ou retorno no convívio familiar,
- **6,7%** inseridos no mercado de trabalho
- **4,3%** retornaram aos estudos

Para a reversão da gravidade da doença TB e a efetivação do direito humano dos pacientes acometidos é premente o debate sobre a corresponsabilidade intersetorial, na transformação dos determinantes sociais e formulação conjunta de políticas públicas.

Driblando a tuberculose: um verdadeiro gol de placa

Um time: alunos, professores e profissionais de saúde

Uma ferramenta de comunicação: informações e a bola

Um objetivo: driblar a tuberculose!

O Projeto Driblando a Tuberculose, lançado como piloto em 2014 na Cidade de São Paulo, foi uma iniciativa da Parceria Brasileira Contra a Tuberculose, Programa Nacional de Controle da Tuberculose/MS, Secretarias de Saúde e Educação do Estado e Município de São Paulo e Sociedade Civil, oportuno para uma mobilização no período da Copa Mundial de Futebol no Brasil.

Esta ação surgiu da adaptação da campanha Kick TB realizada na África do Sul em 2010.

Tendo o futebol como paixão nacional, o projeto intra intersetorial teve como estratégia de mobilização a temática: o FUTEBOL, a COPA 2014 e TUBERCULOSE e metodologicamente inserir o tema nas várias disciplinas do currículo escolar, sensibilizando professores e alunos tornando - os COMUNICADORES, na divulgação das informações na família e comunidades.

O PMCT de São Paulo iniciou o processo de implantação criando o GT intra intersetorial Driblando a TB, envolvendo as várias instâncias do Programa da Saúde na Escola (PSE): Atenção Básica e Educação, e da Rede Paulista de Controle Social da Tuberculose/ONG. No primeiro momento, para a organização e operacionalização do lançamento nacional realizado na região do Butantã /SP, e posteriormente a ampliação para todo o território do município com a participação das 13 Diretorias Regionais de Educação / DRE, 6 CRS e 26 SUVIS.

O processo de fortalecimento das parcerias e da elaboração estratégica coletiva do plano de trabalho está descentralizado, com **a temática tuberculose inserida de forma transversal em várias disciplinas:**

literatura, esporte, música, ciências e outros, somada à criatividade e o envolvimento dos professores e alunos. Uma diversidade de atividades foi desenvolvida entre professores e alunos nas Escolas Municipais do Ensino Fundamental (EMEF) com participação das interlocuções regionais da educação e da saúde.

Das atividades realizadas:

Exposição dos trabalhos sobre a TB e dos 3 Bichos nas escolas onde esta campanha foi associada: Tracoma, Hanseníase e Geohelmintíase

Elaboração de História em Quadrinhos

Criação de música Rapper TB com apresentação entre as várias turmas da EMEF e na comunidade

Elaboração de vídeo com a apresentação dos Rappers para divulgação

Desde a implantação do projeto participaram mais de 300 EMEF das 561 existentes e 200.000 alunos.

No ano 2016, a implementação desta ação foi inserida no Plano de Redução da Carga das Doenças em Eliminação e Negligenciadas, estratégia envolvendo vários agravos transmissíveis e não transmissíveis e parcerias do PSE da Educação e Saúde do MSP, objetivando uma prática integrada a ser incorporada na rotina dos serviços, fortalecendo a intersetorialidade no território.



Lançamento Nacional do Projeto Driblando a Tuberculose, 27.Maio. 2014, SP

Da esq. Rejane Calixto Gonçalves/Coordenadora da Atenção Básica/SMS, Dráurio Barreira/ Coordenadora Programa Nacional de Controle da Tuberculose/MS, Rosa Maria Dias Nakazaki / Coordenadora do Centro de Controle de Doenças/COVISA/SMS, Jair Brandão/ Secretário Executivo da Parceria Brasileira no Controle da Tuberculose, José Aparecido Soares/ Diretor Cepheid no Brasil, Vera Maria Neder Galesi/Coordenadora do Programa Estadual da Tuberculose de SP/CVE/SES, Danielle Keylla Alencar Cruz/Coordenadora do Programa da Saúde nas Escolas/ DAB/MS Nadja Faraone / Coordenadora da Rede Paulista de Controle Social da Tuberculose, Naomi Komatsu/ Coordenadora do Programa Municipal de Controle da Tuberculose SP/COVISA/SMS, Paulo Cezar Caju /Campeão da Copa de 70



A cobertura do lançamento foi devidamente realizada pela imprensa jovem, uma ação inovadora da Secretaria Municipal da Educação. Os repórteres entrevistaram com propriedade as autoridades presentes, contextualizando a situação da doença TB no mundo, no Brasil, no estado e município de São Paulo.

Anexo 1. Tuberculose: números, incidência e mortalidade/100 mil hab. por área de residência, MSP, 2006 a 2015

CRS de residência		Casos novos todas as formas e óbitos																		
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015									
Incidência	nº casos	C. I.	nº casos	C. I.	nº casos	C. I.	nº casos	C. I.	nº casos	C. I.	nº casos	C. I.	nº casos	C. I.	nº casos	C. I.				
Centro	361	88,3	338	81,6	308	73,4	285	67,0	277	64,3	295	67,9	260	59,4	254	57,6	280	62,9	249	55,5
Leste	1386	59,3	1267	54,0	1339	56,8	1403	59,3	1425	59,9	1403	58,7	1233	51,3	1350	55,9	1339	55,1	1434	58,7
Norte	1156	53,3	1113	51,0	1130	51,6	1141	51,8	1125	50,8	1237	55,6	1242	55,6	1113	49,6	1077	47,8	1109	49,0
Oeste	346	35,2	358	36,0	332	33,1	315	31,1	326	31,9	389	37,8	311	30,0	320	30,7	327	31,2	305	28,9
Sudeste	1142	43,8	1136	43,4	1153	43,9	1184	44,9	1191	45,0	1150	43,3	1005	37,7	1020	38,2	1014	37,9	1077	40,1
Sul	1184	48,6	1247	50,6	1263	50,6	1243	49,3	1145	44,9	1210	46,9	1198	46,0	1293	49,2	1226	46,1	1325	49,3
SRF e NL	181	...	165	...	203	...	226	...	257	...	261	...	268	...	309	...	394	...	420	...
Mortalidade por TB	nº óbito	C. M.	nº óbito	C. M.	nº óbito	C. M.	nº óbito	C. M.	nº óbito	C. M.	nº óbito	C. M.	nº óbito	C. M.	nº óbito	C. M.	nº óbito	C. M.	nº óbito	C. M.
Centro	18	4,4	16	3,9	7	1,7	15	3,5	16	3,7	5	1,2	8	1,8	23	5,2	13	2,9		
Leste	71	3,0	69	2,9	82	3,5	73	3,1	91	3,8	84	3,5	79	3,3	85	3,5	72	3,0		
Norte	77	3,5	60	2,8	69	3,1	77	3,5	56	2,5	72	3,2	73	3,3	60	2,7	84	3,7		
Oeste	11	1,1	23	2,3	15	1,5	14	1,4	15	1,5	13	1,3	17	1,6	15	1,4	13	1,2		
Sudeste	78	3,0	86	3,3	60	2,3	64	2,4	56	2,1	60	2,3	73	2,7	64	2,4	55	2,1		
Sul	68	2,8	74	3,0	69	2,8	60	2,4	43	1,7	49	1,9	60	2,3	78	3,0	59	2,2		
Endereço ignorado	31	...	30	...	35	...	35	...	33	...	25	...	29	...	39	...	35	...		

Fonte: Incidência: TBWEB acesso 16/05/2016
Mortalidade - SIM/SMS - CET/SMT - SFMSP(2014 atualizado em 04 de novembro de 2015 - dados preliminares)

Anexo 2. Tuberculose: número de óbitos e mortalidade/100 mil hab. por faixa etária e área de residência. Município de São Paulo, 2014.

Área de residência	Número de óbitos e mortalidade/100 mil hab. por faixa etária ano 2014													
	< 15anos		15 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60ou +	
	nº	C.M.	nº	C.M.	nº	C.M.	nº	C.M.	nº	C.M.	nº	C.M.	nº	C.M.
CRS CENTRO	13	2,9	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,5	4	7,3	7	9,1
Sé	13	2,9	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,5	4	7,3	7	9,1
CRS LESTE	72	3,0	0	0,0	6	1,4	8	2,0	21	6,3	12	4,7	24	9,8
Cidade Tiradentes	4	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,5	0	0,0	1	6,0
Ermelino Matarazzo	6	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	4,1	4	14,9
Guaiunases	8	2,9	0	0,0	1	3,9	1	2,2	2	5,4	1	3,8	2	8,5
Itaim Paulista	19	5,0	0	0,0	3	4,4	3	4,8	4	7,6	1	2,6	8	22,2
Itaquera	18	3,4	0	0,0	0	0,0	3	3,2	5	6,6	4	6,9	6	9,9
São Mateus	11	2,5	0	0,0	1	1,3	1	1,4	4	6,4	3	6,6	2	4,7
São Miguel	6	1,6	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	4,0	2	5,1	1	2,6
CRS NORTE	84	3,7	0	0,0	1	0,6	6	1,6	23	7,3	18	6,9	30	10,1
Casa Verde/Cachoeirinha	17	5,5	0	0,0	0	0,0	1	1,9	7	16,6	4	11,1	4	9,5
Freguesia/Brasilândia	21	5,1	0	0,0	1	1,4	1	1,4	7	12,4	6	13,3	6	12,7
Jacaná	8	2,6	0	0,0	1	1,9	1	2,0	1	2,4	3	9,0	2	5,5
Pirituba/Petus	18	3,0	0	0,0	0	0,0	2	1,9	5	5,7	2	3,0	7	10,7
Santana	7	2,2	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	1	2,2	5	8,1
Vila Maria/Vila Guilherme	13	4,4	0	0,0	1	4,8	0	0,0	3	7,5	2	5,7	6	13,3
CRS OESTE	13	1,2	0	0,0	0	0,0	3	1,5	1	0,7	4	3,0	5	2,7
Butantã	7	1,6	0	0,0	0	0,0	2	2,5	1	1,6	2	3,9	2	3,2
Lapa/Pinheiros	6	1,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	2	2,4	3	2,4
CRS SUDESTE	55	2,1	1	0,2	0	0,0	6	1,4	3	0,6	10	2,6	16	4,7
Ipiranga	11	2,3	1	1,2	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,5	4	6,8
Mooca/Aricanduva	16	2,6	0	0,0	0	0,0	3	3,2	0	0,0	4	4,5	4	4,4
Penha	5	1,1	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	1,3	0	0,0	2	3,4
Vila Mariana/Jabaquara	10	1,7	0	0,0	1	1,2	2	1,9	2	2,4	1	1,3	4	3,7
Vila Prudente/Sapopemba	13	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,0	5	7,7	5	6,6
CRS SUL	59	2,2	1	0,2	2	0,9	7	1,5	9	2,4	18	6,6	20	7,5
Campo Limpo	16	2,5	0	0,0	1	1,8	0	0,0	2	1,7	1	1,1	7	12,2
Capela do Socorro	18	3,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	4	4,7	5	7,9	4	6,8
M'Boi Mirim	9	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	3	5,4	5	10,2
Parelheiros	2	1,3	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0
Santo Amaro/Cidade Ademar	14	2,1	1	0,8	0	0,0	1	0,9	3	3,1	4	5,2	4	4,5
Município de São Paulo	331	2,9	2	0,1	4	0,5	25	1,3	34	1,7	68	4,2	82	6,2
SRF e ign	35		0		5		6		3		10		6	

Fonte: Incidência: TBWEB acesso 16/05/2016

Mortalidade - SIM/SMS - CET/SMT - SFMSP/2014 atualizado em 04 de novembro de 2015 - dados preliminares

Anexo 3. Tuberculose: número e percentual de tipo de caso e incidência/100 mil hab. por faixa etária e área de residência. Município de São Paulo

Tipos de casos: números e percentuais ano 2015

Números de casos novos e incidência/100 mil hab. por faixa etária ano 2015

Área de residência	Total		Novo		Recidiva		Retratam/o abandono		Retratam/o Falencia		Incid. Total		15 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60ou + ign			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	C.I.	nº	C.I.	nº	C.I.	nº	C.I.	nº	C.I.	nº	C.I.	nº	C.I.
CRS CENTRO	293		249	85,0%	15	5,1%	27	9,2%	2	0,7%	55,5		6	9,3	14	68,6	51	74,0	59	63,0	38	57,2	37	66,4	44	55,8
Sé	293		249	85,0%	15	5,1%	27	9,2%	2	0,7%	55,5		6	9,3	14	68,6	51	74,0	59	63,0	38	57,2	37	66,4	44	55,8
CRS LESTE	1773		1434	80,9%	167	9,4%	156	8,8%	16	0,9%	58,7		37	6,9	117	53,8	363	85,4	303	73,6	238	70,1	193	74,4	176	69,1
Cidade Tiradentes	184		157	85,3%	12	6,5%	13	7,1%	2	1,1%	70,3		2	3,7	13	58,9	46	113,3	37	97,4	29	100,1	17	77,7	13	72,4
Ermelino Matarazzo	112		92	82,1%	11	9,8%	9	8,0%		0,0%	44,2		0,0	0,0	3	18,5	16	46,8	30	84,9	14	47,9	14	56,5	15	54,2
Guianases	206		177	85,9%	17	8,3%	10	4,9%	2	1,0%	64,2		4	5,0	17	52,3	56	86,2	41	66,9	22	43,4	19	47,7	17	43,6
Itaim Paulista	334		267	79,9%	38	11,4%	28	8,4%	1	0,3%	70,3		9	14,0	18	68,9	78	154,6	43	94,6	51	135,5	33	121,2	32	129,9
Itaquera	345		270	78,3%	34	9,9%	37	10,7%	4	1,2%	50,0		7	8,3	23	65,2	64	94,1	54	86,2	33	62,5	45	113,5	43	114,9
São Mateus	269		219	81,4%	22	8,2%	23	8,6%	5	1,9%	49,1		8	7,1	20	44,5	41	45,9	46	48,4	40	51,9	32	54,4	30	47,4
São Miguel	323		252	78,0%	33	10,2%	36	11,1%	2	0,6%	68,4		7	7,1	23	57,0	62	80,0	52	70,1	49	77,8	33	69,9	26	58,3
CRS NORTE	1373		1109	80,8%	104	7,6%	141	10,3%	19	1,4%	49,0		49	11,0	92	52,7	279	75,7	227	58,8	183	57,8	144	54,0	133	43,5
Casa Verde/Cachoeirinha	248		193	77,8%	19	7,7%	31	12,5%	5	2,0%	62,3		13	20,9	19	82,7	38	76,1	44	82,1	26	61,8	32	88,1	21	48,9
Freguesia/Brasilândia	326		265	81,3%	25	7,7%	30	9,2%	6	1,8%	63,9		15	16,8	16	45,7	65	93,7	59	84,3	50	88,1	31	67,5	29	59,7
Jaçanã	177		131	74,0%	19	10,7%	26	14,7%	1	0,6%	42,7		3	4,8	7	27,5	33	64,0	31	59,9	24	55,9	15	43,9	18	47,6
Pirituba/Perus	315		254	80,6%	29	9,2%	27	8,6%	5	1,6%	41,2		14	10,9	28	54,1	70	67,2	46	43,7	40	44,9	28	40,1	27	39,7

Santana	106	88	83,0%	4	3,8%	12	11,3%	2	1,9%	27,3	1	2,1	4	21,3	17	36,4	14	25,8	15	32,6	15	33,1	21	33,6	1
Vila Maria/Vila Guilherme	201	178	88,6%	8	4,0%	15	7,5%		0,0%	60,2	3	5,3	18	87,1	56	119,3	33	64,9	28	70,6	23	65,3	17	37,2	...
CRS OESTE	354	305	86,2%	30	8,5%	19	5,4%		0,0%	28,9	8	4,7	20	34,7	66	45,0	67	33,7	55	35,8	46	34,2	42	21,8	1
Butantã	211	174	82,5%	20	9,5%	17	8,1%		0,0%	39,0	7	8,1	10	33,2	44	63,9	38	46,8	34	53,1	20	38,6	20	31,4	1
Lapa/Pinheiros	143	131	91,6%	10	7,0%	2	1,4%		0,0%	21,5	1	1,2	10	36,3	22	28,3	29	24,7	21	23,4	26	31,5	22	17,0	...
CRS SUDESTE	1285	1077	83,8%	96	7,5%	98	7,6%	14	1,1%	40,1	26	5,7	76	44,3	259	64,4	196	41,8	182	47,5	157	45,1	178	39,1	2
Ipiranga	198	156	78,8%	19	9,6%	18	9,1%	5	2,5%	32,6	6	7,0	8	25,3	38	52,1	21	24,6	25	36,3	28	46,7	30	40,6	...
Mooca/Aricanduva	355	293	82,5%	29	8,2%	30	8,5%	3	0,8%	47,2	8	7,9	21	56,1	63	69,9	60	57,7	55	62,0	44	52,6	40	34,6	1
Penha	252	221	87,7%	13	5,2%	17	6,7%	1	0,4%	46,6	6	7,1	13	39,2	68	91,9	44	54,9	36	53,8	24	40,3	29	38,1	1
Vila Mariana/Jabaquara	210	177	84,3%	18	8,6%	13	6,2%	2	1,0%	30,6	4	4,6	16	52,7	37	47,1	28	25,7	30	35,5	25	31,9	37	33,3	...
Vila Prudente/Sapopemba	270	230	85,2%	17	6,3%	20	7,4%	3	1,1%	43,0	2	2,0	18	46,0	53	61,3	43	47,3	36	48,5	36	54,5	42	53,9	...
CRS SUL	1537	1325	86,2%	126	8,2%	79	5,1%	7	0,5%	49,3	63	10,8	89	39,1	350	76,6	283	59,6	206	53,6	182	64,9	147	52,9	...
Campo Limpo	353	317	89,8%	22	6,2%	13	3,7%	1	0,3%	48,7	14	9,8	26	47,0	77	68,5	73	60,9	48	51,0	34	51,8	43	71,0	...
Capela do Socorro	377	318	84,4%	29	7,7%	28	7,4%	2	0,5%	52,0	14	10,4	18	33,4	97	91,4	65	61,9	50	58,1	39	60,5	34	55,6	...
M'Boi Mirim	377	330	87,5%	34	9,0%	11	2,9%	2	0,5%	55,1	16	11,6	21	39,0	87	83,1	67	62,2	46	53,8	61	106,0	31	60,0	...
Parelheiros	75	68	90,7%	5	6,7%	2	2,7%		0,0%	45,1	8	21,8	7	45,7	16	59,2	14	57,3	11	52,9	7	47,7	4	33,3	...
Santo Amaro/Cidade Ademar	355	292	82,3%	36	10,1%	25	7,0%	2	0,6%	43,4	11	8,4	17	34,3	73	68,6	64	54,3	51	52,0	41	52,5	35	37,9	...
Município de São Paulo	7315	5919	80,9%	628	8,6%	707	9,7%	61	0,8%	51,1	190	8,4	411	47,2	1424	76,2	1260	61,9	1025	62,3	827	61,5	761	48,6	9
SRF e ign	700	420	60,0%	90	12,9%	187	26,7%	3				3		56	125	123	68					41		4	

Conclusão

Conclusão

A Tuberculose no MSP continua sendo uma importante causa de morbimortalidade da população, apesar da melhora nos seus indicadores operacionais e na organização dos serviços, com fluxos estabelecidos de encaminhamento de exames, medicamentos e pacientes.

A parceria intra intersetorial mostrou a possibilidade de aumentar a adesão e levar à cura os doentes de um dos segmentos mais vulneráveis da sociedade, a população em situação de rua, apontando o caminho a ser perseguido doravante, buscando efetivação nas políticas públicas.

Fortalecer a parceria entre os programas de Tuberculose e DST Aids se faz necessário para obter resultados melhores tanto na prevenção de casos de TB, com o aumento da TILTB, como na busca de casos para agilizar o diagnóstico e aumentar a adesão ao tratamento, diminuição dos óbitos e abandonos e aumento da cura.

E, por fim, ter um olhar centrado no doente, principalmente naqueles com maior risco de resistência (casos com 3 ou mais abandonos) ou nos que já apresentam resistência aos fármacos, monitorados pelos comitês de resistência, deverá ser uma das atividades prioritárias do PCT nas várias instâncias do MSP.

Coordenação

Prefeito do Município de São Paulo
Fernando Haddad

Secretaria Municipal da Saúde
Alexandre Padilha

Coordenadora de Vigilância em Saúde
Wilma Tiemi Miyake Morimoto

Gerente do Centro de Controle de Doenças
Rosa Maria Dias Nakazaki

Coordenadora do Programa Municipal
de Controle da Tuberculose
Naomi Kawaoka Komatsu

Equipe Técnica
Arlindo Frederico Junior
Beatriz Barrella
Cirene Silva
Daniela Taisa Fudo
Edenice de Fatima Quintiliano
Eri Ishimoto
Helena Keico Mekai
Lia Sakiko Nakaie
Ligia Mara de Souza Prado
Mariangela Medina Brito
Regina Rocha Gomes de Lemos
Sílvia Marcelly Evangelista Alves
Stella Murakami
Sumie Matai de Figueiredo

Equipe Administrativa
Homero Rodrigues
Vanessa Gouveia da Rosa

Revisão Técnica
Ana Maria Bara Bresolin
Ines Kazue Koizumi
Rosa Maria Dias Nakazaki

Produção Gráfica
Olho de Boi Comunicações

Coordenação de Vigilância em Saúde/COVISA
Centro de Controle de Doenças/CCD
Programa de Controle da Tuberculose/PCT
Rua Santa Isabel, 181 – Vila Buarque – CEP: 01221-010
Tels. 3397-8307 / 3397-8308
smstb@prefeitura.sp.gov.br



Ministério da
Saúde



REALIZAÇÃO | APOIO