



A importância de fazer a pergunta correta

Eduarda Seixas¹, Sónia Guerra², Marta Pinto^{3,4}, Raquel Duarte^{3,5,6,7}

AO EDITOR,

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde adotou a estratégia Fim da TB (tuberculose), que “visa a prevenção, cuidados e controle da tuberculose após 2015”. As principais metas eram reduzir as mortes por tuberculose em 95%, reduzir os novos casos de tuberculose em 90% entre 2015 e 2035 e garantir que nenhuma família enfrente custos catastróficos devido à tuberculose até 2035.⁽¹⁾

A investigação de contatos é uma ferramenta essencial para encontrar casos adicionais de tuberculose na comunidade, prevenindo a progressão para doença ativa e auxiliando no início da quimioprofilaxia em crianças e pacientes imunossuprimidos. A busca ativa de casos tem melhor rendimento na detecção de casos de tuberculose do que a detecção passiva.⁽²⁻⁴⁾

Apesar de Portugal ter apresentado uma redução da taxa de notificação e incidência da tuberculose nos últimos 10 anos e alcançado, em 2015, a meta de diminuir a incidência da doença (20 casos por 100.000 habitantes por ano), continua a ser um dos países da UE com as maiores taxas de incidência de tuberculose (16,5 casos/100.000 habitantes).⁽⁵⁾

Os Centros de Diagnóstico Pneumológico são unidades de saúde de ambulatório diferenciadas e especializadas na abordagem da TB. Essas unidades são responsáveis por diagnosticar, tratar e rastrear populações de alto risco para a doença.

Normalmente, o rastreamento de contatos é fundamentado no rastreio direto, que se baseia na localização de contatos após a infecção que o caso índice pode ter infectado. Por outro lado, o rastreamento de contatos inverso identifica como o caso índice foi infectado. Essa estratégia retrocede no tempo e lembra onde e quando a exposição ao organismo infeccioso ocorreu. Tal abordagem amplia o número de indivíduos rastreáveis e promove o entendimento epidemiológico de ambientes de alto risco, uma vez que locais de transmissão com origem comum são mais propensos a serem identificados.⁽⁶⁾

No presente estudo, utilizamos ambas as estratégias de rastreamento de contatos para investigar e compreender as diferenças entre o número de contatos de risco identificados pelos pacientes.

Foram analisados todos os pacientes com tuberculose pulmonar atendidos no Centro de Diagnóstico Pneumológico de Gaia, Portugal, entre março de 2019 e março de 2021. Somente aqueles com tuberculose infecciosa

(comprometimento pulmonar) foram incluídos. Considerou-se como o período contagioso os 3 meses anteriores à apresentação sintomática, baciloscopia positiva ou radiografia com cavitação pulmonar. Em casos onde o diagnóstico foi estabelecido por cultura positiva, o tempo infeccioso foi considerado as 4 semanas anteriores à coleta da amostra.⁽⁷⁾

A coleta de dados foi realizada por meio de consulta telefônica, e todos os pacientes consentiram remotamente em participar do estudo. A análise dos dados foi realizada por meio do software IBM SPSS Statistics 25.0. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências e porcentagens e as variáveis contínuas como médias e desvios-padrão. A diferença entre as duas questões quanto ao número de contatos e aos locais públicos visitados foi avaliada por meio do teste T, com um valor-p de 0,05 indicando significância estatística.

Um total de 76 pacientes foram elegíveis para o estudo; no entanto, dezenove foram excluídos (6 morreram, 12 estavam não contactáveis e um era menor de idade). Esse subgrupo apresentou características semelhantes aos pacientes incluídos: idade média de 50,9 anos (DP \pm 26,7 anos), a maioria era do sexo masculino (73,7%) e a maioria tinha tuberculose pulmonar isolada (78,9%), seguida de tuberculose disseminada (21,1%). Dois pacientes eram HIV positivos (10,5%).

A amostra final incluiu 57 pacientes, com média de idade de 45,1 anos (DP \pm 16,4 anos), sendo a maioria do sexo masculino (68,4% versus 31,6% do sexo feminino). Quanto à infecção por HIV, cinco foram positivos (8,8%). A maioria dos pacientes apresentava tuberculose pulmonar ($n = 47$, 82,5%), seguida da forma disseminada da doença ($n = 6$, 10,5%). Dois pacientes apresentavam tuberculose pleuropulmonar e dois tuberculose pulmonar, com disseminação linfática local. A maioria dos pacientes tinha tuberculose sensível a medicamentos (96,5%).

Ao utilizar o rastreamento de contatos direto, o número médio de contatos identificados por paciente foi de 5,4 (DP \pm 6,7), com mínimo de 0 contatos e máximo de 40. Portanto, a maioria dos pacientes teve contato com 2 ($n = 10$) ou 4 ($n = 10$) indivíduos. A maioria (78,9%) não referiu ter estado em áreas públicas durante o período infeccioso; o número médio de locais públicos visitados pelos pacientes durante a fase contagiosa foi de 0,3 (DP \pm 0,7).

1. Departamento de Pneumologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal.
2. Departamento de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal.
3. Unidade de Investigação Clínica da ARS Norte, Porto, Portugal.
4. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
5. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
6. Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
7. Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal.

Em contrapartida, ao utilizar o rastreamento de contatos inverso, os pacientes identificaram um risco médio de contato com 11 pessoas ($DP \pm 9,3$) e 1,5 espaços públicos ($DP \pm 1,0$), referente à presença deles em áreas públicas onde outras pessoas tinham risco de exposição.

Houve uma diferença estatística significativa (valor $p < 0,001$) entre o número de pessoas contatadas e os locais públicos visitados, obtido através das duas perguntas distintas feitas na consulta telefônica.

Neste estudo, os pacientes identificaram mais contatos de risco quando a estratégia de rastreamento de contatos inverso foi usada. Esse tipo de investigação de contatos pode ser aplicado rotineiramente, possibilitando uma maior e mais rápida identificação de casos, evitando assim o surgimento de novos casos na comunidade.

Fazer as perguntas certas pode fazer a diferença para alcançar os objetivos da estratégia Fim da TB e, eventualmente, acabar com a epidemia global de tuberculose.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ES esteve envolvida em todos os aspectos do estudo e contribuiu na sua concepção, na coleta e análise dos dados e na interpretação dos resultados, além da redação do manuscrito. SG contribuiu na coleta de dados, no desenho do estudo e na redação do manuscrito. MP contribuiu na interpretação dos resultados e supervisionou a redação do manuscrito. RD foi a pesquisadora sênior do estudo e esteve envolvida em todos os seus aspectos: concepção, análise, interpretação dos resultados e supervisão da redação do manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO/HTM/TB/2015.19. The End TB Strategy.
2. Borgen K, Koster B, Meijer H, Kuyvenhoven V, van der Sande M, Cobelens F. Evaluation of a large-scale tuberculosis contact investigation in the Netherlands. *Eur Respir J*. 2008; 32(2):419-425. <https://doi.org/10.1183/09031936.00136607>.
3. Cavany SM, Sumner T, Vynnycky E, Flach C, White RG, Thomas HL et al. An evaluation of tuberculosis contact investigations against national standards. *Thorax*. 2017 Aug;72(8):736-745. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-209677>.
4. Khaparde K, Jethani P, Dewan PK, Nair SA, Deshpande MR, Satyanarayana S et al. Evaluation of TB Case Finding through Systematic Contact Investigation, Chhattisgarh, India. *Tuberc Res Treat*. 2015;2015:670167. <https://doi.org/10.1155/2015/670167>.
5. DGS. Programa Nacional para a infeção VIH, SIDA e Tuberculose – 2017. Direção-Geral da Saúde (2017). Available from: www.dgs.pt.
6. Endo A, Leclerc QJ, Knight GM, Medley GF, Atkins KE, Funk S et al. Implication of backward contact tracing in the presence of overdispersed transmission in COVID-19 outbreaks. *Wellcome Open Res*. 2021;5:239. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16344.3>.
7. Erkens CG, Kamphorst M, Abubakar I, Bothamley GH, Chemtob D, Haas W et al. Tuberculosis contact investigation in low prevalence countries: a European consensus. *Eur Respir J*. 2010;36(4):925-949. <https://doi.org/10.1183/09031936.00201609>.