



UNIVERSIDADE ATLÂNTICA

**LICENCIATURA EM ANÁLISES CLÍNICAS E SAÚDE PÚBLICA
INVESTIGAÇÃO APLICADA II
2013/2014**

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

**LEVANTAMENTO DE DADOS RELATIVOS À TUBERCULOSE
ENTRE A POPULAÇÃO IMIGRANTE RESIDENTE NO
CONCELHO DE SINTRA**

**ORIENTADORA/DOCENTE: ANA JALECO
DISCENTE: JOANA DO Ó PEREIRA, 201092296**

BARCARENA, JUNHO DE 2014

***A SAÚDE É TÃO COLABORADORA COMO BENEFICIÁRIA DO
DESENVOLVIMENTO***

(www.iom.int)

ÍNDICE

Lista de abreviaturas	Pág. 4
Sumário	Pág. 5
Revisão da Literatura	Pág. 5
Plano de investigação	Pág. 11
Tarefas	Pág. 12
Bibliografia	Pág. 13
Agradecimentos	Pág. 16
Anexos	Pág. 17

LISTA DE ABREVIATURAS

ACIDI	Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural
BCG	Vacina Bacillus Calmette-Guérin
CDC	Centro para a Prevenção e Controlo de Doenças
CLAII	Centros Locais de Apoio à Integração do Imigrante
DGS	Direcção Geral de Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Treatment, short-cours</i> – tratamento directamente observado de curta duração
IGRA	Análise de Libertação do Interferão-gama
ILT	Infecção Latente de Tuberculose
INE	Instituto Nacional de Estatística
INF-γ	Interferão-gama
MFA	Movimento das Forças Armadas
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
OIM	Organização Internacional para a Imigração
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SP	Saúde Pública
TB	Tuberculose
TST	Teste de Sensibilidade à Tuberculina ou Prova de Mantoux
UE	União Europeia
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

Actualmente a Tuberculose (TB) continua a ser considerada como um grave problema de Saúde Pública (SP) a nível global. É a segunda maior doença infecciosa em todo o mundo, depois do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), estima que um terço da população mundial esteja infectada pelo agente causador da TB, mas, apenas um em cada dez irá progredir para doença activa em algum momento da sua vida.

Atingindo maioritariamente os homens em idade economicamente activa, os números de casos de infecção entre mulheres e crianças tende a aumentar.

O número de mortes associadas a TB é inaceitavelmente grande, pois a maioria dos casos poderiam ser evitados com um acesso a cuidados de saúde especializados para a realização de um diagnóstico atempado e respectivo regime de tratamento, ambos disponíveis há décadas.

O Centro para a Prevenção e Controlo de Doenças (CDC) e a *American Thoracic Society* (Sociedade Torácica Americana – ATS), identificaram populações específicas em risco de desenvolverem TB caso fosse detectada em rastreio. Um desses grupos é constituído pela população migrante, principalmente os indivíduos naturais de regiões endémicas de TB.

REVISÃO DA LITERATURA

ETIOLOGIA DA TUBERCULOSE

O agente etiológico da TB é o *Mycobacterium tuberculosis*, ou Bacilo de Kock, microrganismo imóvel e patogénico obrigatório. Deve a sua virulência à capacidade em subsistir no interior dos macrófagos no organismo humano.¹

Tipicamente, a infecção ocorre a nível pulmonar (TB Pulmonar), mas pode afectar outras zonas do organismo, como o sistema ósseo ou as meninges (TB extra-pulmonar).² A transmissão do bacilo ocorre através da sua libertação por gotículas no ar, expulsas pela pessoa infectada, quando esta tosse ou espirra.²

Em 1993, a OMS declarou a TB como um problema de SP emergente. Agora, 20 anos depois, apesar da continuidade de números elevados – 8,6 milhões de novos casos e 1,3 milhões de mortes² - revelam-se progressos. A taxa de mortalidade por TB diminuiu 45%, bem como a taxa de incidência em todo o mundo.² Estes eram e são ainda alguns dos Objectivos do Milénio aprovados no ano 2000 pela Organização das Nações Unidas (ONU).³

Geralmente, uma pequena porção de indivíduos infectados pelo *Micobacterium tuberculosis*, desenvolve doença activa. Em mais de 90% dos casos, os indivíduos infectados encontram-se assintomáticos.⁴ Na prática clínica, este estado caracteriza-se por Infecção Latente de Tuberculose (ILT). Estes indivíduos possuem o bacilo, mas este encontra-se inactivo, o que se traduz numa infecção não activa, não transmissível e isenta de sintomatologia.⁵

A problemática associada a este estado de latência reside na possibilidade de uma progressão para doença activa, esta sim transmissível.⁶ O facto de não existirem sintomas associados à ILT, leva a que o indivíduo desconheça o seu verdadeiro estado de saúde, o que obviamente não o levará a procurar assistência médica.^{7,8}

O risco da evolução de ILT para TB activa depende da capacidade individual do sistema imunitário em controlar a replicação do bacilo. Esta ocorre normalmente durante um período de depressão imunitária, impossível de prever.^{9,10}

A realização de rastreios à ILT permite a confirmação de um diagnóstico precoce e o início de um tratamento profilático adequado e atempado. Estas medidas permitem uma redução a longo prazo dos custos associados à infecção activa bem como o controlo da propagação da TB

na comunidade.⁶ A existência de políticas de saúde baseadas em cuidados primários como a prevenção, educação para a saúde e rastreios, são investimentos adoptados pelos países desenvolvidos, com o objectivo de reduzir a morbilidade e mortalidade provocadas pelo surgimento de determinadas patologias.¹¹

Os métodos de rastreio disponíveis actualmente para a TB são a radiografia torácica, a Teste de Sensibilidade à Tuberculina ou Prova de Mantoux (TST) e a Análise de Libertação do Interferão Gama (IGRA). A primeira é utilizada como primeira abordagem, devido ao seu custo reduzido e facilidade de realização, mas sobretudo pela quantidade de informações que disponibiliza. De um modo geral, as alterações radiológicas da tuberculose representam a tradução dos eventos patogénicos a partir do contágio.¹²

Relativamente ao TST, trata-se da administração sub-cutânea de um antigénio proteico purificado, normalmente na zona do antebraço. Após a injeção forma-se uma pápula rígida e visível e procede-se à leitura dos resultados 48 a 72 horas depois. De acordo com o diâmetro formado pela pápula, o teste é considerado negativo ou positivo.¹³

O IGRA baseia-se numa quantificação do interferão gama (INF- γ) libertado especificamente pelos leucócitos após um contacto com os antígenos do *M. tuberculosis*.¹⁴

Algumas publicações sugerem que o IGRA possui uma especificidade mais elevada que o TST, visto a libertação do INF- γ estar associada à presença do bacilo. É igualmente referido que o TST pode sofrer interferências relacionadas com a vacina Bacillus Calmette-Guérin (BGC), administrada à população de acordo com os planos de vacinação em vigor de cada país.^{14,15}

A TB faz parte da lista de doenças infecciosas transmissíveis de notificação obrigatória, previstas no Despacho nº5681-A/2014 da Direcção Geral de Saúde (DGS).¹⁶ Estas doenças constituem um perigo para a comunidade. Quando um médico tem conhecimento da existência de uma das doenças previstas no Despacho mencionado, obrigatoriamente deve colocar em marcha os procedimentos legais existentes de forma a diminuir o risco da propagação dessas doenças.⁴⁵ Inicialmente é preenchido um formulário da DGS e posteriormente são informadas as Autoridades de Saúde locais, estas, colocam em acção o plano de controlo epidemiológico.⁴⁵ No caso da TB esse plano baseia-se no tratamento do doente e na detecção e tratamento precoce dos seus contactos infectados, de modo a eliminar as oportunidades de contágio.⁴⁵

A LEGISLAÇÃO DA SAÚDE EM PORTUGAL

De um país de emigrantes, Portugal tornou-se um país de imigração. Este fluxo migratório, constitui um desafio da civilização para o país, na medida em que é necessário adoptar políticas que conduzam à plena integração dos imigrantes na sociedade.¹⁷

A 1 de Janeiro de 1986, Portugal constituiu-se formalmente como um país membro da União Europeia (UE).¹⁸ Um dos objectivos da União incidia sobre a promoção de um progresso económico e social equilibrado e sustentável, nomeadamente mediante a criação de um espaço sem fronteiras internas. Assim, em 1991 o Ministro dos Negócios Estrangeiros do Governo em funções na época, João de Deus Pinheiro, assinou o Tratado de UE que, de entre outros, referia o objectivo de facilitar a livre circulação de pessoas entre os Estados-Membros.¹⁸

O Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) constitui-se como o organismo que executa parte da política de imigração e asilo, nomeadamente no controlo das fronteiras. De acordo com o Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo de 2012, foram controladas um total de 11.782.284 pessoas, das quais 9.790.754 nas fronteiras aéreas e 2.071.530 nas fronteiras marítimas.¹⁹

Dados do mesmo relatório relatam que no final de 2012 a população estrangeira residente em Portugal totalizava 417.042 cidadãos, dos quais cerca de metade (48%) é oriunda de países

de língua portuguesa, destacando-se o Brasil (25,3%), Cabo Verde (10,3%), Angola (4,9%) e Guiné-Bissau (4,3%). As demais nacionalidades mais relevantes são a Ucrânia (10,6%) e a Roménia (8,4%).¹⁹

A 25 de Abril de 1974, o Movimento das Forças Armadas (MFA), derrubou o regime fascista. A revolução restituiu aos portugueses os direitos e liberdades fundamentais. No exercício desses direitos e liberdades, os representantes do povo reuniram-se para elaborar a Constituição da República Portuguesa, aprovada em Abril de 1976.²⁰

De acordo com a VII revisão da Constituição, em 2005 refere-se o Artigo 15º aos estrangeiros, apátridas e cidadãos europeus como detentores dos mesmos direitos e deveres do cidadão português. Assim, o direito à protecção da saúde e dever de a defender e promover, referido no Artigo 64º, abrange toda a população portuguesa, quer autóctone quer imigrante.²⁰

Por forma a fazer cumprir o indicado na Constituição, a DGS, publicou em Maio de 2009 a Circular Informativa número 12, referente ao acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). São então beneficiários do SNS todos os cidadão portugueses, cidadão nacionais dos Estados-Membros da UE e da Suíça, cidadãos estrangeiros e apátridas residentes em Portugal. Estes, quer sejam ou não titulares de autorização de residência regulamentada nos termos da legislação em vigor, têm acesso aos cuidados de saúde nos mesmos termos que a população em geral, sendo que a população ilegal deverá posteriormente ser encaminhados para centros de apoio à integração. Assim, em caso de doenças transmissíveis ou que representem perigo ou ameaça para a SP, como a TB, o acompanhamento ou demais intervenções estão previstas nesta circular.²¹ Tal deverá ser levado a cabo pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS, existente na área de residência do doente.⁴⁵

A TUBERCULOSE PELO MUNDO

Na última década do século XX, o maior progresso no controlo global da TB deveu-se à implementação da estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment, short-cours*) – tratamento directamente observado de curta duração – implementado pela OMS. Esta estratégia em 1994, encontrava-se mundialmente instalada e foi implementada em 182 países. Dez anos depois, concluiu-se que tinham sido tratados mais de 20 milhões de indivíduos, dos quais, 16 milhões obtiveram a cura.²²

Por forma a continuar a combater as taxas de mortalidade e morbilidade, associadas à TB, integrada nos Objectivos do Milénio, como anteriormente referido, a OMS criou a estratégia *STOP TB*, a ser implementada e cumprida de 2006 a 2015. Esta estratégia define os passos dos programas de controlo de TB nacionais que cada país deve adoptar e adaptar, de acordo com as suas características.²²

Uma das bases desta estratégia é a garantia de um acesso equitativo aos cuidados de saúde, quer se trate de ILT ou TB activa, em adultos ou crianças.²²

Os programas nacionais de luta contra a TB devem ser desenvolvidos e alinhados com outras estratégias e parcerias, de forma a abranger todos os principais desafios para a saúde.²²

O foco principal da estratégia *STOP TB* está direccionado para o melhor uso das ferramentas actualmente disponíveis para o diagnóstico, tratamento e prevenção de TB, e quais as pontas soltas prováveis de se tornarem em objectos de desenvolvimento ou investigação.²²

O culminar desta luta objectiva na existência de um mundo sem TB.²²

Sendo a TB uma doença social, a população migrante torna-se particularmente vulnerável a ela, nomeadamente devido às desigualdades na saúde, protecção social inadequada e discriminação.²³

A Organização Internacional para a Imigração (OIM) luta contra estas desigualdades sociais, pois actua direccionada para a implementação de acções chave que levam à monitorização da

saúde dos migrantes, com o desenvolvimento de políticas favoráveis e formação de parcerias multissetoriais que abordam a vulnerabilidade desta população, neste caso à TB.²³

Entre 2002 e 2012, a OIM analisou cerca de 2,2 milhões de migrantes e refugiados. Em 2012, foram efectuados mais de 270 mil avaliações de saúde em 60 países. De um total de 916 indivíduos com TB, 339 encontravam-se com infecção activa. De um modo geral, a maioria dos indivíduos infectados vive com um nível sócio-económico reduzido, que leva a um deficiente estado nutricional.²³

Todo o processo migratório está envolvido no risco de contrair infecção por TB, desde a origem, a viagem e transporte até à chegada ao destino.²³

Um dos pontos de actuação da estratégia STOP TB está directamente relacionada com a população migrante.²² A OIM refere que devem ser efectuados rastreios a TB activa antes da instalação. Acrescenta ainda que é necessária a prestação da gama de serviços relacionados com TB, deste o TST, radiografia, análise microbiológica de expectoração, tratamento e acompanhamento médico, serviços estes devidamente estabelecidos por protocolos governamentais.²³

Por altura do Dia Mundial da Tuberculose (24 de Março) a OIM em 2013 deu início a uma campanha de sensibilização que pretende chamar a atenção para os 3 milhões de pessoas infectadas que anualmente são “deixadas para trás”. Este número é uma estimativa dos casos que não são notificados nem participam em qualquer programa nacional de luta contra a TB. (anexo i e ii).²³

A TUBERCULOSE PELA EUROPA

Para um controlo da infecção são necessários três pontos fundamentais que compõem a base dos programas nacionais de luta contra a TB: a identificação e tratamento dos casos de TB activa, a investigação dos contactos próximos com os casos de TB activa e a identificação e tratamento profilático dos grupos em risco de evoluir para doença activa.²⁴ Tendo em conta que o movimento migratório se realiza maioritariamente de zonas com elevada prevalência para zonas com baixa prevalência de TB, os programas nacionais contra a TB podem entrar em desequilíbrio, o que promove o contínuo debate relativamente à prática de rastreios à população migrante.^{25,26}

Uma avaliação internacional levada a cabo entre 31 estados membros da OCDE (Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico) pretendeu comparar as práticas efectuadas entre cada um dos países. A média de casos de TB neste grupo de países era de 7,6/100.000 pessoas, dos quais 45% incidia nos imigrantes.²⁷

Relativamente às políticas de rastreio de TB activa a maioria dos países tem e aplica-a (25 dos 31 países inseridos no estudo). Este rastreio é efectuado, maioritariamente, depois da chegada ao país hospedeiro (23 dos 31). Os indivíduos que realizam o rastreio são seleccionados de acordo com a sua origem. Os métodos de rastreio utilizados são: TST em crianças, grávidas e todos aqueles em que a radiografia possa ser prejudicial, pois este método é aplicado aos demais.²⁷

Dos países em análise, apenas 16 apostam em rastreios de ILT, normalmente à chegada. Os indivíduos são seleccionados igualmente de acordo com a origem, e ainda pelas condições da viagem. O método de rastreio de eleição é o TST.²⁷

De acordo com os resultados desta avaliação é visível a falta de concordância entre as políticas aplicadas, o que de alguma forma possibilita a perda de alguns casos de doença.²⁷

Outros autores sugerem que a fronteira oferece uma oportunidade única para a detecção de TB activa o que traz benefícios ao país hospedeiro. O que não acontece com os casos detectados no “pós-entrada”, que acabam por entrar nos sistemas de saúde nacionais, tornando-se assim num gasto desnecessário.²⁸

Até agora não parece haver nenhuma estratégia de rastreio que seja realizada à fronteira, pois os ditos realizados “à chegada” decorrem em centros de diagnóstico especializados para tal e encontram-se no meio da comunidade.²⁸

O que traria maior benefício aos países hospedeiros? Ou qual seria a solução mais rentável? Realizar rastreio com recurso a radiografia, o método mais barato e menos invasivo, ou realizar entrevistas individualizadas aos que chegam?²⁸

A hipótese de realizar rastreios à entrada cai por terra para quem é adepto da realização de entrevistas, pois refere a literatura que a leitura das radiografias é difícil, pode revelar falsos resultados e são necessários profissionais muito experientes.²⁹ Assim, considera-se a entrevista (realizada por profissionais formados para o efeito) como a medida mais rentável e de fácil execução.²⁸

Por outro lado, os apoiantes de realização de radiografia afirmam que além de ser possível o despiste de TB, pode também determinar a presença de outros achados clínicos relevantes.^{30,31,32} Consideram que a entrevista pode gerar viés por falta de rigor nas respostas, pois podem ser dadas de acordo com o que o indivíduo ache melhor, de forma a ser aceite na nova comunidade.³³

A TB acarreta ainda o estigma da pobreza e das minorias étnicas.³⁴ A maioria da população migrante acaba por ser um grupo vulnerável à doença devido à sua dificuldade no acesso a serviços de saúde, por discriminação ou isolamento social.³⁴

Devido à actual heterogeneidade das populações também os padrões da infecção são diferentes.³⁵ A doença activa é maioritariamente conhecida mas a ILT não.³⁶ daí serem comuns os diagnósticos tardios.^{37,38}

Os desafios que a população migrante enfrenta, como a dificuldade em comunicar, perdas de apoio social, adaptação a novos ambientes e discriminação, podem levar ao receio de um diagnóstico positivo, como mais um motivo para a marginalização.^{35,39}

Geralmente o nível de conhecimento da maioria destes indivíduos é baixo e existem muitos equívocos relativamente às noções básicas da transmissão de TB.^{38,40,41}

Constata-se então que a população migrante exige informação adequada sobre a etiologia da TB, transmissão e sintomas. Esta informação deve ser adaptada a diferentes níveis de conhecimento e em variadas línguas, de forma a levar o maior número de pessoas ao reconhecimento da doença.⁴²

A TUBERCULOSE EM PORTUGAL E A POPULAÇÃO MIGRANTE

Para dar conhecimento à OMS, a DGS elabora um relatório anual sobre o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose. Esse relatório caracteriza a situação epidemiológica da TB do ano transacto, numa tentativa de avaliar o impacto e a efectividade da estratégia STOP TB.⁴³

Em 2012, foram diagnosticados em Portugal 2480 casos de TB. A incidência foi de 2286, ou seja, 21,6/100.000 habitantes, dos quais 1901 são indivíduos nacionais e 385 indivíduos estrangeiros.⁴³

Estes dados representam um decréscimo relevante à taxa de incidência de 2011 de 6%.⁴³ Apesar de se continuar a assistir a uma diminuição constante da taxa de incidência, Portugal continua a ser um país de incidência intermédia, o único da Europa Ocidental. As regiões que apresentam esta incidência intermédia são: Viana do Castelo, Porto, Lisboa e Setúbal, com valores entre os 20 e os 50 casos por cada 100.000 habitantes.⁴³

A TB em cidadãos estrangeiros representou em 2012 cerca de 16% do total de casos em Portugal. Maioritariamente são originários de países asiáticos (75,3%), países africanos (65,5%), América do Sul (10,4%) e Europa ocidental ou oriental (46,8% e 11,7%, respectivamente).⁴³

A DGS refere nesse relatório que é importante garantir que se mantenha a adesão ao tratamento, particularmente as populações vulneráveis. Num contexto de fragilidade social e perante a existência de indicadores de desenvolvimento do Programa de Luta Contra a TB é da máxima importância acentuar o papel da estrutura organizativa da luta contra a TB proporcionando aos doentes todas as condições favorecedoras de sucesso e reforçar o papel que os diferentes sectores da sociedade podem desempenhar no controlo da TB na comunidade.⁴³

Relativamente aos casos de doença na população imigrante, o OIM declarou na imprensa que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes na maioria dos países é uma omissão preocupante da SP. Com o receio da deportação, os imigrantes não pedem apoio na área da saúde a não ser em casos de urgência ou quando já é tarde demais.⁴⁴

William Lacy Swing, director geral da OIM refere que “os países reconhecem que têm de enfrentar as desigualdades na área da saúde de que padecem as comunidades vulneráveis nos seus territórios. Este reconhecimento deve incluir os migrantes que, infelizmente, são um dos grupos mais desfavorecidos e vulneráveis da sociedade actual e que continuam a ser largamente invisíveis nos programas de saúde mundiais. (...) Chegou o momento de os países serem arrojados, agirem e tomarem medidas que sustentem o princípio que subscrevem: o direito à saúde para todos.”⁴⁴

O Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) é um instituto público, sediado em Lisboa, que tem por missão colaborar na concepção, execução e avaliação das políticas públicas, transversais e sectoriais, relevantes para a integração dos imigrantes e das minorias étnicas. Suportado por uma rede de Centros Locais de Apoio à Integração do Imigrante (CLAI), existentes de norte a sul do país e ilhas, actua na comunidade realizando parcerias com várias instituições.⁴⁴ Juntamente com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) promovem programas regulares que levam a cabo estratégias de promoção da saúde, são chamados de “Roteiros de Saúde para todos os Imigrantes”. Com estas acções pretendem abordar a equidade no acesso, a importância da vigilância da saúde e o acompanhamento.⁴⁵

O CLAI de Queluz e a Associação Olho Vivo, levaram a cabo no ano passado umas sessões de esclarecimento sobre a TB, aberta à população imigrante frequentadora da associação. (anexos iii e iv) Tudo indica que a grande aposta na luta contra a TB está a incidir na informação e divulgação.

O município da Amadora apresentou recentemente um Plano Local de Saúde 2014-2016, fazendo ênfase em onze problemas principais, entre os quais a TB.⁴⁶ Esta localidade destaca-se pela elevada proporção de imigrantes e foca-se na máxima: “populações diferentes têm necessidades de saúde diferentes”. Relativamente ao problema da TB este plano objectiva por agir sobre os grupos mais vulneráveis (migrante, sem-abrigo, etc) para melhorar a sua literacia em saúde e hábitos de vida saudável, de forma a conduzir a uma diminuição da incidência da infecção.⁴⁶

A estratégia passa pela prevenção primária (prevenir a transmissão) com acções de sensibilização.⁴⁶ É necessário que a informação seja difundida em diversas línguas como o português, árabe, russo, entre outras⁴⁵ (anexo v). A prevenção secundária foca-se no diagnóstico precoce da doença e em não se perderem as oportunidades de contacto com as equipas de saúde para tal, sensibilizando a comunidade médica e a população em geral para os factores de risco, sinais e sintomas que caracterizam a TB.⁴⁶

As políticas saudáveis previstas no Plano Nacional de Saúde 2012 – 2014, visam orientar os esforços da sociedade para que todos os cidadãos tenham igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis e de cumprir plenamente o seu potencial de saúde.⁴⁷ São políticas do Governo, Autarquias e outros sectores que definem prioridades e parâmetros para que a

acção, tal como: na resposta a necessidades de saúde, na distribuição de recursos para a saúde e na potencialização de impactos positivos para a saúde.⁴⁷

A saúde e o bem-estar são resultado de condições básicas⁴⁸ e da interação complexa de múltiplos factores⁴⁹ – determinantes em saúde. Estes interligam-se e potenciam-se permitindo perceber como diferentes níveis de intervenção política têm impacto na saúde individual e das populações.⁴⁷

São determinantes da saúde: paz, abrigo, alimentação, educação, segurança social, ecossistema estável, justiça social, respeito pelos Direitos Humanos e, entre outros, a equidade.⁴⁹

Posto isto, pretende-se com este trabalho, projectar um levantamento de dados relativos à TB entre a população imigrante residente no Concelho de Sintra, compreender quais os conhecimentos existentes sobre a doença e quais as necessidades notadas por este grupo de risco relativamente à disponibilidade de informações, acesso aos serviços de saúde e seguimento médico. Deste modo poder-se-á observar quais as lacunas existentes, relativamente aos determinantes em saúde neste sub-grupo da população do Concelho, de forma a perceber qual o melhor modo de as colmatar num futuro próximo.

PLANO DE INVESTIGAÇÃO

Este projecto de investigação servirá para a realização de um estudo observacional descritivo, com a aplicação de questionários. Pretende-se assim gerir hipóteses que se abordarão futuramente.⁵⁰

MEIO, POPULAÇÃO EM ESTUDO E ACTUAÇÃO

De acordo com os Censos de 2011, o Instituto Nacional de Estatística (INE) concluiu que o Concelho de Sintra tinha um total de 377.835 residentes.⁵¹ No mesmo ano, o número de imigrantes residentes em Portugal chegou a 394.496 pessoas, das quais mais de 50% reside na região de Lisboa.⁵¹

Sabendo que o Concelho de Sintra conta com 20 freguesias*, considera-se muito elevado o número de imigrantes residentes no Concelho.⁵²

Assim sendo, o estudo a realizar irá incidir sobre toda a população imigrante que se encontre registada nas juntas de freguesia do Concelho de Sintra.

O questionário (anexo vi) composto por 10 perguntas de resposta curta ou intuitiva, será enviado por correio para a morada que conste no resisto dos indivíduos. Após a resposta, os questionários serão reencaminhados para as respectivas juntas de freguesia, entregues directamente em mão ou via correio, sem qualquer tipo de custo para o município.

O tempo que decorrerá entre a apresentação deste projecto de investigação e o início da mesma será utilizado para a realização das reuniões julgadas necessárias, de forma a obter todas as autorizações que formalizem legalmente a realização do estudo.

Os questionários deverão ser enviados durante o mês de Janeiro de 2015 e prevê-se que a recolha dos mesmos para início de tratamento de dados seja durante o mês de Abril.

Poder-se-á efectuar o tratamento de dados desde que existam mais de 50% de respostas dos municípios. A análise estatística dos resultados dos questionários será realizada no programa estatístico SPSS.

* Algueirão/Mem-Martins; Almargem do Bispo; Barcarena; Belas; Cacém; Casal de Cambra; Colares; Massamá; Mira Sintra; Monte Abraão; Montelavar; Pêro-pinheiro; Queluz; Rio-de-Mouro; Sta Maria e São Miguel de Sintra; São João das Lampas; São Marcos; São Martinho de Sintra; São Pedro de Penaferrim e Terrugem.

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Levantamento de dados relativos à Tuberculose entre a população imigrante residente no
Concelho de Sintra

TAREFAS

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Escolha do tema						
Pesquisa Bibliográfica						
Definição de objectivos						
Desenho do Projecto de Investigação						
Apresentação do Projecto de Investigação						

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Marks GB, Bai J, Simpson SE: Incidence of tuberculosis among a cohort of tuberculin-positive refugees in Australia: *Am J Resp Crit Care Med* 2000,162:1851–1854.
- 2 – Global Tuberculosis Report 2013 – World Health Organization.
- 3 – Vigilância Laboratorial da Tuberculose em Portugal – Relatório 2012 do Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge
- 4 – Butcher, Katie; Biggs, Beverley-Ann; Lemoh, Chris; O’Brien, Daniel; Marshall, Caroline. Understanding of latent tuberculosis, its treatment and treatment side effects in immigrant and refugee patients. *BioMed Central, Research Notes* 2013, 6;342.
- 5 – Treatment for latent TB infection – Centers for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov em 14 de Janeiro de 2014).
- 6 - Diel R, Wrighton-Smith P, Zellweger JP: Cost-effectiveness of interferon-gamma release assay testing for the treatment of latent tuberculosis. *The European respiratory journal: official journal of the European Society for Clinical Respiratory Physiology* 2007, 30(2):321–332.
- 7 - Wieland ML, Weis JA, Yawn BP, Sullivan SM, Millington KL et al. (2012) Perceptions of Tuberculosis Among Immigrants and Refugees at an Adult Education Center: A Community-Based Participatory Research Approach. *J Immigr Minor Health* 14 (1): 14-22. doi:10.1007/s10903-010-9391-z. PubMed: 20853177.
- 8 - Tardin A, Dominicé DM, Ninet B, Janssens JP (2009) Tuberculosis cluster in an immigrant community: case identification issues and a transcultural perspective. *Trop Med Int Health* 14 (9): 995-1002. doi: 10.1111/j.1365-3156.2009.02325.x. PubMed: 19563432.
- 9 – Comstock GW, Livesay VT, Woolpert SF. The prognosis of a positive tuberculin reaction in childhood and adolescence. *Am. J. Epidemiol.* 1974; 99; 131-8.
- 10 – Rangaka MX, Wilkinson KA, Glynn JR et al. Predictive value of interferon-gamma release assays for incident active tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect. Dis.* 2012; 12; 44-45.
- 11 - Dasgupta K, Menzies D. Cost-effectiveness of tuberculosis control strategies among immigrants and refugees. *Eur Respir J.* 2005;25:1107–16. DOI: 10.1183/09031936.05.00074004.
- 12 – (Capone D, Jansen JM, Lopes AJ, et al. Diagnóstico por imagem da Tuberculose. 2006).
- 13 – Mack U, Migliori GB, Sester M, et al. LTBI: Latent tuberculosis infection or lasting immune responses to *M.tuberculosis*? A TBNET consensus statement. *Eur. Respir. J.* 2009; 33; 956-73.
- 14 – Sester M, Bumbacea D, Duarte R, et al. Tuberculosis in the immunocompromised host. *Eur. Resp. Monograph* 2012 (in press).
- 15 – Nienhaus, Albert; Schablon, Anja; Costa, José; Diel, Roland. Systematic review of cost and cost-effectiveness of different TB-screening strategies. Nienhaus et al. *BMC Health Services Research* 2011.
- 16 – Despacho nº5681-A/2014 da Direcção Geral de Saúde (Ministério da Saúde) Publicado em Diário da República nº82, II série de 29 de Abril.
- 17 – Despacho 25.360/2001 Acesso à Saúde por parte dos Imigrantes. Publicado em Diário da República nº286, II série de 12 de Dezembro.
- 18 – www.infopedia.pt em 13 de Abril de 2014.
- 19 – Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2012, do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.
- 20 – Constituição da República Portuguesa, VII Revisão Constitucional de 2005 (www.assembleiarepublica.pt 13 em Abril de 2014).

Levantamento de dados relativos à Tuberculose entre a população imigrante residente no
Concelho de Sintra

- 21 – Circular Informativa nº12/DQS/DMD da Direcção Geral de Saúde – Acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde de 7 de Maio de 2009.
- 22 – The STOP TB Strategy – World Health Organization; Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals, 2006.
- 23 – Migrant inclusion: Post Agenda - IOM (www.iom.int em 13 de Abril de 2014).
- 24 – The “missed three million” – IOM (www.iom.int em 13 de Abril de 2014).
- 25 - American Thoracic Society. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2000; 161: S221–47.
- 26 - European Centre for Disease Prevention and Control. Migrant health: background report to the ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU. Stockholm: The Centre; 2009.
- 27 - Moore-Gillon J, Davies PD, Ormerod LP. Rethinking TB screening: politics, practicalities and the press. *Thorax.* 2010;65:663–5. <http://dx.doi.org/10.1136/thx.2009.132373>.
- 28 - Pareek, Manish; Baussano, Iacopo; Abubakar, Ibrahim; Dye, Christopher and Lalvani Ajit. Evaluation of Immigrant Tuberculosis Screening in Industrialized Countries. *Emerging Infectious Diseases* • www.cdc.gov/eid • Vol. 18, No. 9, September 2012.
- 29 – Mor, Zohar; Leventhal, Alex; Diacon, Andreas; Finger, Rabekka. Tuberculosis screening in immigrants from high-prevalence countries: Interview first or chest radiograph first? A pro/con debate *Respirology* © 2013 Asian Pacific Society of Respirology.
- 30 - Zellweger JP, Heinzer R, Touray M *et al.* Intra-observer and overall agreement in the radiological assessment of tuberculosis. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2006; 10: 1123–6.
- 31 - Liu Y, Weinberg MS, Ortega LS *et al.* Overseas screening for tuberculosis in U.S.-bound immigrants and refugees. *N. Engl. J. Med.* 2009; 360: 2406–15.
- 32 - Erkens C, Slump E, Kamphorst M *et al.* Coverage and yield of entry and follow-up screening for tuberculosis among new immigrants. *Eur. Respir. J.* 2008; 32: 153–61.
- 33 - Mor Z, Lerman Y, Leventhal A. Pre-immigration screening process and pulmonary tuberculosis among Ethiopian migrants in Israel. *Eur. Respir. J.* 2008; 32: 413–8.
- 34 - Schneeberger Geisler S, Helbling P, Zellweger JP *et al.* Screening for tuberculosis in asylum seekers: comparison of chest radiography with an interview-based system. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2010; 14: 1388–94.
- 35 - World Health Organization (WHO) (2005) Addressing poverty in TB control, options for national TB control programmes. Geneva: WHO.
- 36 - Barnett ED, Walker PF. Role of immigrants and migrants in emerging infectious diseases. *Med Clin North Am.* 2008;92:1447–58. DOI: 10.1016/j.mcna.2008.07.001.
- 37 - Hamers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in Western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet.* 2004;364:83–94. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)16594-X.
- 38 - Caruana SR, Kelly HA, Ngeow JY, Ryan NJ, Bennet CM, Chea L, et al. Undiagnosed and potentially lethal parasites infections among immigrants and refugees in Australia. *J Travel Med.* 2006;13:233–9. DOI: 10.1111/j.1708-8305.2006.00045.x.
- 39 - Achkar JM, Serpa T, Cohen HW, Holzman RS. Differences in clinical presentation among persons with pulmonary tuberculosis: a comparison of documented and undocumented foreign-born versus US-born persons. *Clin Infect Dis.* 2008;47:1277–83. DOI: 10.1086/592572.

Levantamento de dados relativos à Tuberculose entre a população imigrante residente no
Concelho de Sintra

- 40 - Piron M, Vergés M, Muñoz J, Casamitjana N, Sanz S, Maymó RM, et al. Seroprevalence of *Trypanosoma cruzi* infection in at-risk blood donors in Catalonia (Spain). *Transfusion*. 2008;48:1862–8. DOI: 10.1111/j.1537-2995.2008.01789.x.
- 41 - Verver S, van Soolingen D, Borgdorff MW. Effect of screening of immigrants on tuberculosis transmission. *Int J Tuberc Lung Dis*.2002;6:121–9.
- 42 - Machado A Jr, Emodi K, Takenami I, Finkmoore BC, Barbosa T, Carvalho J, et al. Analysis of discordance between the tuberculin skin test and the interferon-gamma release assay. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2009;13:446–53.
- 43 – Monge- Maillo, Begõna; Jiménez, B. Carolina; Pérez-Molina, José; Norman, Francesca; et al. Imported Infectious Diseases in Mobile Population, Spain. *Emerging Infectious Diseases* – www.cdc.gov/eid. Vol 15, No.11 November 2009.
- 44 – Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose – Ponto de Situação Epidemiológico e de Desempenho. Ministério da Saúde, 24 de Março de 2013.
- 45 – www.acidi.gov.pt em 17 de Abril de 2014.
- 46 – www.dgs.pt em 17 de Abril de 2014.
- 47 – Plano Local de Saúde – Amadora 2014 – 2016.
- 48 – Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016. Ministério da Saúde.
- 49 - World Health Organization. Declaração de Jakarta. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era -Leading Health Promotion into the 21st Century.Jakarta,21-25 July 1997. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/index.html> em Julho de 2012.
- 50 - Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm:Institute of Future Studies, 1991.Disponível em <http://www.framtidsstudier.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf> em Julho de 2012.
- 51 – Apontamentos das aulas da Unidade Curricular Investigação Aplicada II.
- 52 – www.portugalnacional.pt em 15 de Maio de 2014.

AGRADECIMENTOS

À minha professora/orientadora Ana Jaleco, pela sua disponibilidade constante em todo o processo deste projecto;

Aos meus pai e irmã que sempre me apoiaram e incentivaram a seguir os meus objectivos;

Ao Rui pelo seu apoio, paciência e tempo disponibilizado para que eu realizasse este trabalho;

À minha grande amiga de sempre e para sempre, Cristina Ferreira por partilhar comigo mais esta aventura;

À minha restante família, amigos, colegas e professores, porque todos contribuíram de algum modo para que eu concluísse a licenciatura.

A todos, muito obrigada!
Joana do Ó Pereira

ANEXOS



Riccardo Memari
Afghanista

In 2012, 8.6 million people fell ill with TB.
More than 1.3 million people died.

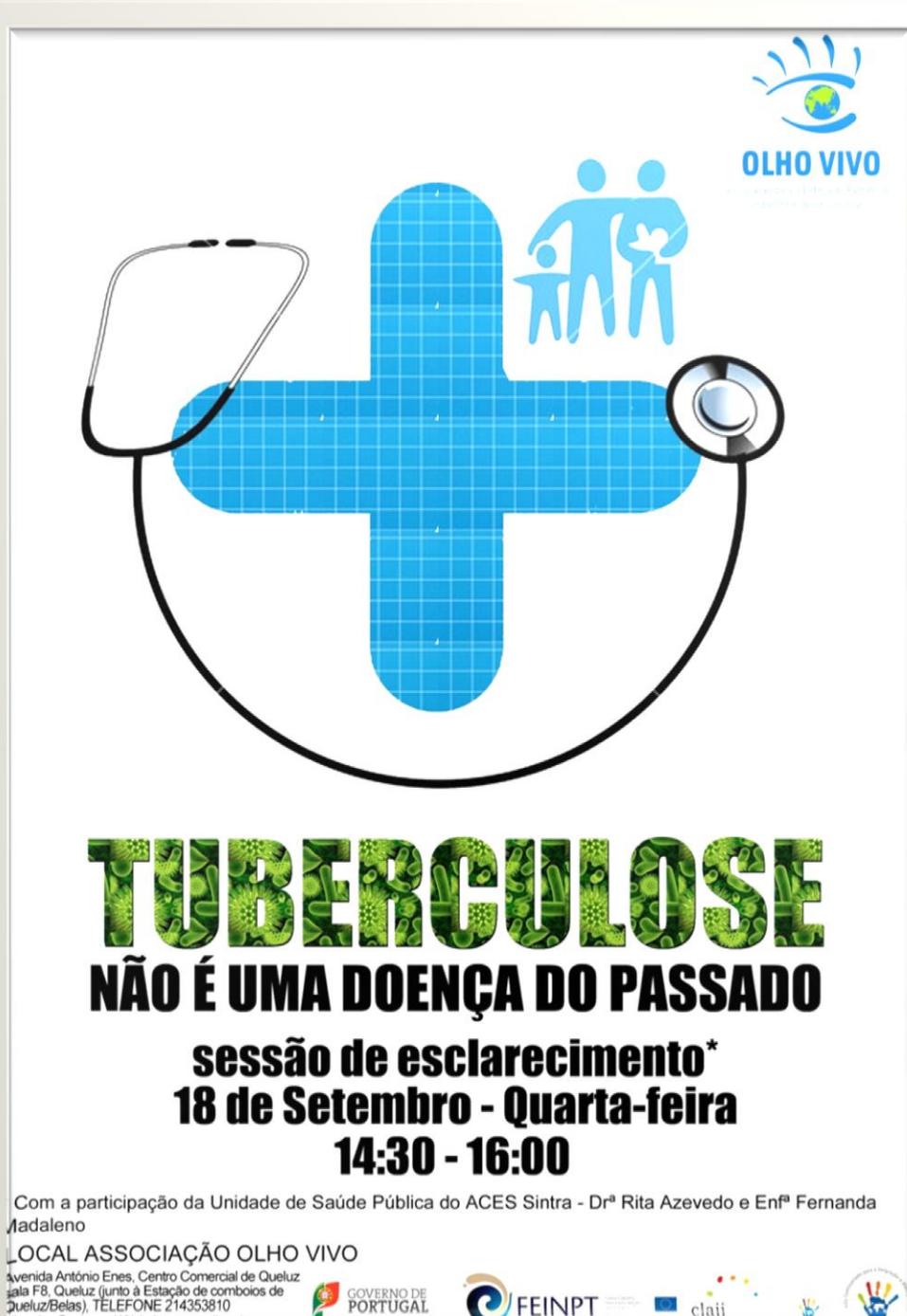
Every year **3 million people** with
TB are missing out on quality care.
The vast majority of people dying
of TB are **missed**.

We need to **reach** them.

TB

**REACH THE
3 MILLION.**
FIND THEM. CARE FOR THEM.





OLHO VIVO
Associação Local de Saúde Pública e
Comunidade de Sintra

TUBERCULOSE
NÃO É UMA DOENÇA DO PASSADO
sessão de esclarecimento*
18 de Setembro - Quarta-feira
14:30 - 16:00

Com a participação da Unidade de Saúde Pública do ACES Sintra - Dr^a Rita Azevedo e Enf^a Fernanda Madaleno

LOCAL ASSOCIAÇÃO OLHO VIVO
Avenida António Enes, Centro Comercial de Queluz
Galeria F8, Queluz (junto à Estação de comboios de
Queluz/Belas), TELEFONE 214353810

GOVERNO DE PORTUGAL FEINPT claii

TUBERCULOSE
NÃO É DOENÇA DO PASSADO

SESSÃO DE ESCLARECIMENTO*
20 NOVEMBRO 2013 • 14.30H

* Com a participação da Unidade de Saúde Pública do ACES Sintra - Dr^a Rita Azevedo e En^a Fernanda Madaleno

LOCAL ASSOCIAÇÃO OLHO VIVO
Avenida António Enes, Centro Comercial de Queluz
sala F8, Queluz (junto à Estação de comboios de
Queluz/Belas), TELEFONE 214353810
olho-vivo@sapo.pt | Website: www.olho-vivo.org

OLHO VIVO
Associação para a Defesa do Património,
Cultural e Histórico do Concelho de Sintra

GOVERNO DE PORTUGAL
FEINPT
elati

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Levantamento de dados relativos à Tuberculose entre a população imigrante residente no Concelho de Sintra

QUESTIONÁRIO

Este questionário é anónimo de forma a garantir o máximo de veracidade das respostas. Deverá por favor responder / seleccionar as respostas de forma clara. Quando completo o questionário deverá remete-lo à junta de freguesia a que pertence.

Fala/compreende a língua portuguesa? S N

Qual o seu país de origem? _____

Está em Portugal há quanto tempo? <5anos >5anos

Frequenta a Unidade de Saúde da sua freguesia? S N

Sabe o que é a TUBERCULOSE? S N

O que é? _____

Como se transmite? _____

Alguma vez realizou um RASTREIO À TUBERCULOSE? S N

Se respondeu S qual? _____; Porquê? _____

Como se sente relativamente às informações disponíveis sobre a TUBERCULOSE?

Muito esclarecido Pouco esclarecido

Em sua opinião o que poderia melhorar o seu entendimento sobre a doença?

Outras sugestões

Obrigada pela colaboração

ANEXO vi

