

O controle da tuberculose na população indígena

Segundo o Censo Demográfico 2010,¹ 817.963 pessoas se autodeclararam indígenas, o que equivale a 0,4% da população brasileira. Em 2012, foram diagnosticados 782 casos novos de tuberculose (TB) entre a população indígena do Brasil (1,1% do total de casos do país), sendo que 706 (90,3%) são casos de tuberculose pulmonar e 462 (59,1%) são domiciliados em área rural.

Para o cálculo do coeficiente de incidência (CI) desse grupo, considerou-se a população obtida no último Censo, realizado em 2010.

Em 2010, o coeficiente de incidência de tuberculose entre os indígenas foi de 93,5/100.000 habitantes – 2,6 vezes a incidência da população geral, cujo coeficiente de incidência foi de 36,4/100.000 habitantes. Observa-se que essas diferenças também são encontradas entre as unidades federadas (Figura 1).

No Brasil, 67 municípios, distribuídos em 14 unidades federadas, são responsáveis por 80% dos casos novos de tuberculose notificados entre a população indígena residente em área rural. Em 2012, esses municípios foram priorizados pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose

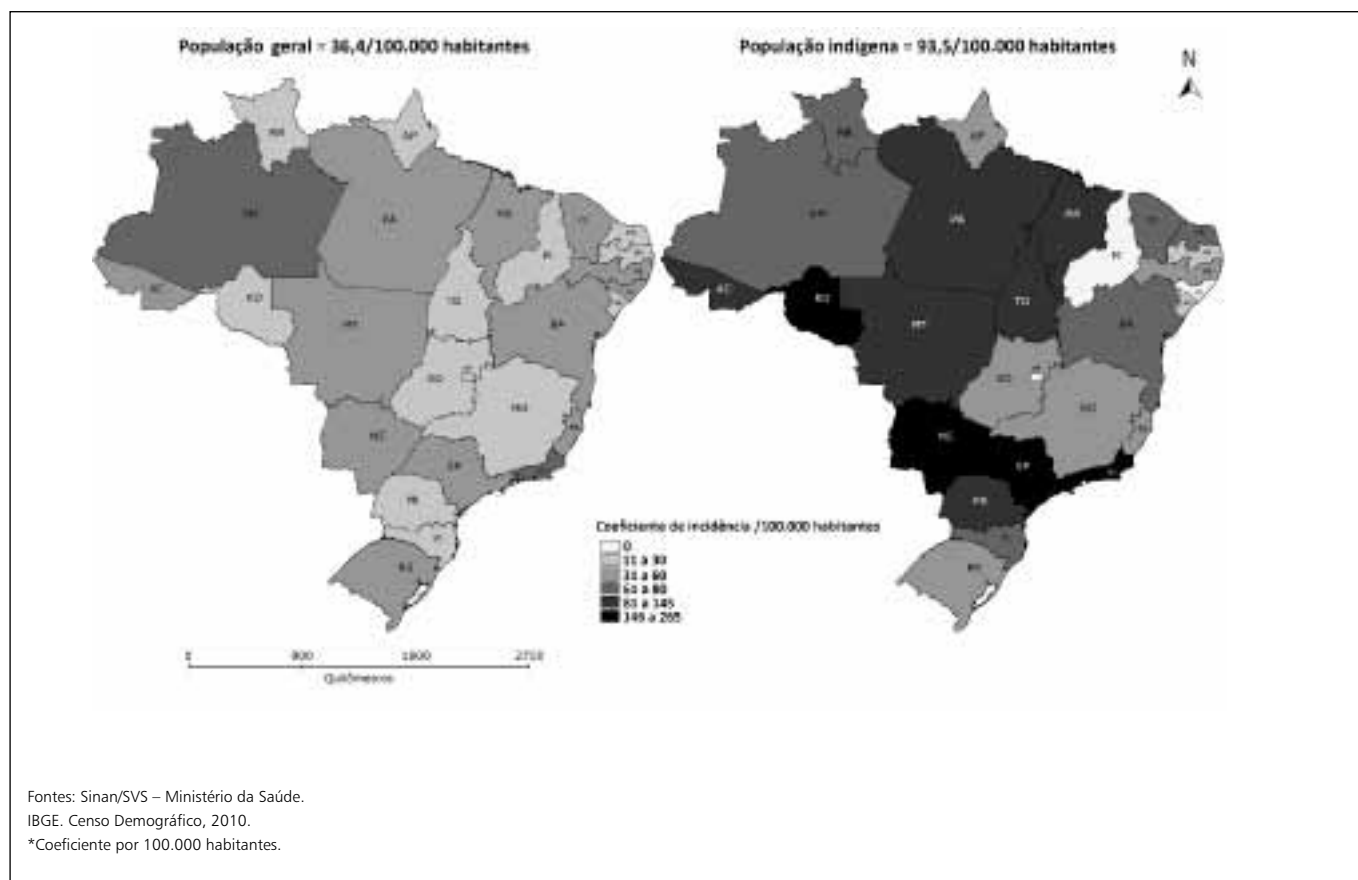


Figura 1 – Coeficientes de incidência de tuberculose*. Brasil, população geral e população indígena, 2010

(PNCT) para o aperfeiçoamento das ações de controle desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e pelos programas estaduais e municipais de controle da tuberculose (PECT e PMCT) (Figura 2).

Atenção à saúde da população indígena

A responsabilidade pela atenção à saúde da população indígena é do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena

(Sesai). As ações de saúde oferecidas aos indígenas são realizadas por intermédio dos 34 DSEI, distribuídos em todo o território nacional, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Salienta-se que os municípios priorizados fazem parte da extensão territorial de 27 (79,4%) DSEI, sendo que 51 (76,1%) possuem polos base, que são a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que

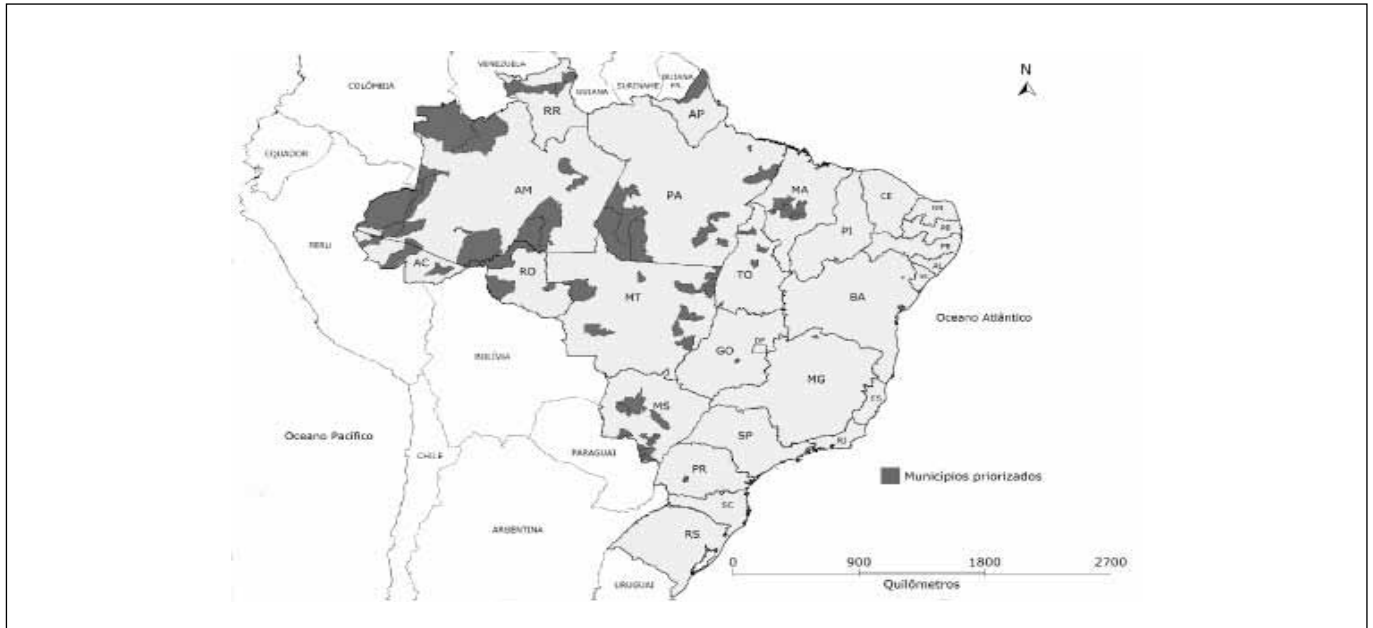


Figura 2 – Municípios priorizados para as ações de controle da tuberculose entre os povos indígenas residentes em área rural, 2012

© 1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Comitê Editorial

Jarbas Barbosa da Silva Jr (editor geral), Sônia M. F. Brito, Marcus Quito, Cláudio Maierovitch P. Henriques, Fábio Mesquita, Deborah Carvalho Malta, Carlos Augusto Vaz, Elisete Duarte, Eunice de Lima, Marta Roberta Santana Coelho e Carlos Estênio Freire Brasilino.

Equipe Editorial

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Draurio Barreira (editor científico), Gilmar Lima Nascimento (editora assistente).

Colaboradores

Ana Cecília Paranaguá Fraga (DEVIT/SVS), Andréa de Paula Lobo (DEVIT/SVS), Fábio Moherdauí (DEVIT/SVS), Olga Maíra Machado Rodrigues (DEVIT/SVS), Patrícia Bartholomay (DEVIT/SVS), Ricardo Soletti (DEVIT/SVS), Tatiana Eustáquia Magalhães (DEVIT/SVS), Vânia Camargo (DEVIT/SVS)

Projeto gráfico e distribuição eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Revisão de texto

Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/SVS)

Normalização

Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS.

atuam nas aldeias. Vinte e nove (43,3%) possuem Casas de Saúde do Índio (Casai), que são os serviços de apoio aos indígenas encaminhados à rede do SUS. Dezoito (26,9%) são sedes de 19 DSEI e 17 são sedes de 17 Coordenações Regionais da Fundação Nacional do Índio (Funai).

Nas aldeias, a atenção básica é realizada pelas EMSI, conforme planejamento das ações dos DSEI.² Mas, ainda é necessário qualificar o olhar das equipes quanto à linha de cuidado da tuberculose.

A atenção básica tem papel fundamental como porta de entrada aos serviços de saúde. Sua capilaridade e sua visão integral sobre o processo saúde-doença são determinantes no enfrentamento da tuberculose e, por isto, as ações articuladas entre os DSEI, PMCT, PECT e gerências de atenção básica devem ser parte do cotidiano da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

Para qualificar as ações da atenção básica, em todo o país, o Ministério da Saúde disponibilizou, em 2012, o curso à distância intitulado Ações para o controle da tuberculose na atenção básica, totalmente autoinstrucional. Ele pode ser iniciado a qualquer momento e está disponível na seguinte página: www.unasus.gov.br/CursoTB.

O diagnóstico da tuberculose

Diferentemente do que ocorre na população geral (tosse por pelo menos três semanas), para a população indígena recomenda-se a investigação da tuberculose pulmonar ativa para todos que apresentem tosse por duas semanas ou mais. Essa ação aumenta a sensibilidade da captação

dos sintomáticos respiratórios da população indígena, que apresenta incidência maior que a da população geral.³

A baciloscopia de escarro, a cultura para micobactéria e o teste de sensibilidade são os principais métodos laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde e devem ser solicitados sempre que se suspeitar de tuberculose pulmonar na população indígena com 10 anos de idade ou mais.³

Um novo método para o diagnóstico da tuberculose pulmonar está em processo de implantação no Brasil: o teste molecular rápido para tuberculose (TMR-TB). Além de diagnosticar a tuberculose, o novo teste indica a resistência à rifampicina com maior rapidez – o que facilita a indicação do tratamento correto em tempo oportuno. Um dos critérios adotados para seleção dos locais de implantação do teste rápido foi a existência de população indígena com alta carga da doença.

Baciloscopia de escarro

A pesquisa do bacilo álcool-ácido-resistente (baciloscopia) é, atualmente, a técnica mais utilizada no Brasil, não apenas para o diagnóstico, mas também para o controle do tratamento. Quando executada corretamente, em todas as suas fases, permite detectar cerca de 60% dos casos, com resultado em até 48 horas.⁴ Em 2012, dos 706 casos de tuberculose pulmonar notificados entre a população indígena, 83,0% realizaram baciloscopia no momento do diagnóstico, sendo que, desse total, 367 (62,6%) tiveram o resultado positivo (Figura 3).

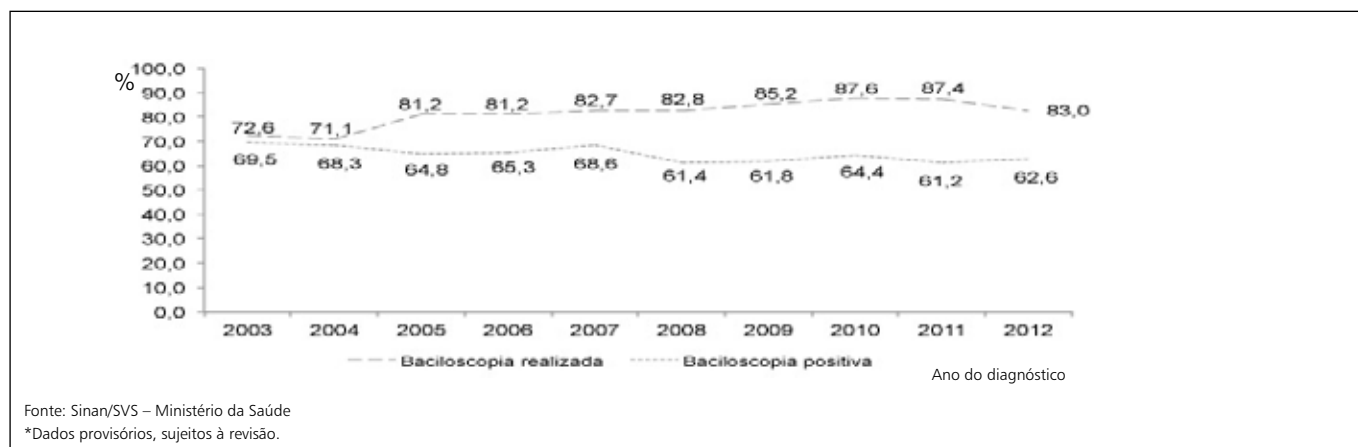


Figura 3 – Proporção de baciloscopia de diagnóstico e de baciloscopia positiva entre os casos de TB pulmonar da população indígena. Brasil, 2003 – 2012*

Cultura para micobactéria e teste de sensibilidade antimicrobiana

A cultura é o método “padrão ouro” para o diagnóstico da tuberculose, e quando é associada ao teste de sensibilidade antimicrobiano permite o diagnóstico dos casos resistentes aos fármacos antituberculose. Esses exames estão recomendados para todo indígena, maior de 10 anos, com suspeita clínica de tuberculose pulmonar.

No Brasil, houve aumento no percentual de realização de cultura de escarro para micobactéria com identificação de espécie, entre a população indígena, passando de 9,7%, em 2003, para 26,3%,

em 2012 ($\Delta=+171,1\%$). Apesar desse aumento, vale salientar que se recomenda a realização de cultura para micobactéria com identificação de espécie e teste de sensibilidade antimicrobiano para todo indígena maior de 10 anos, o que requer o desenvolvimento de ações que ampliem a realização destes exames nessa população.

Ainda que mais discreto, o aumento nos percentuais de realização de cultura para micobactéria entre os casos novos de tuberculose também foi observado entre a população geral, que passou de 9,7%, em 2003, para 17,4%, em 2012, ($\Delta=+79,4\%$) (Figura 4).

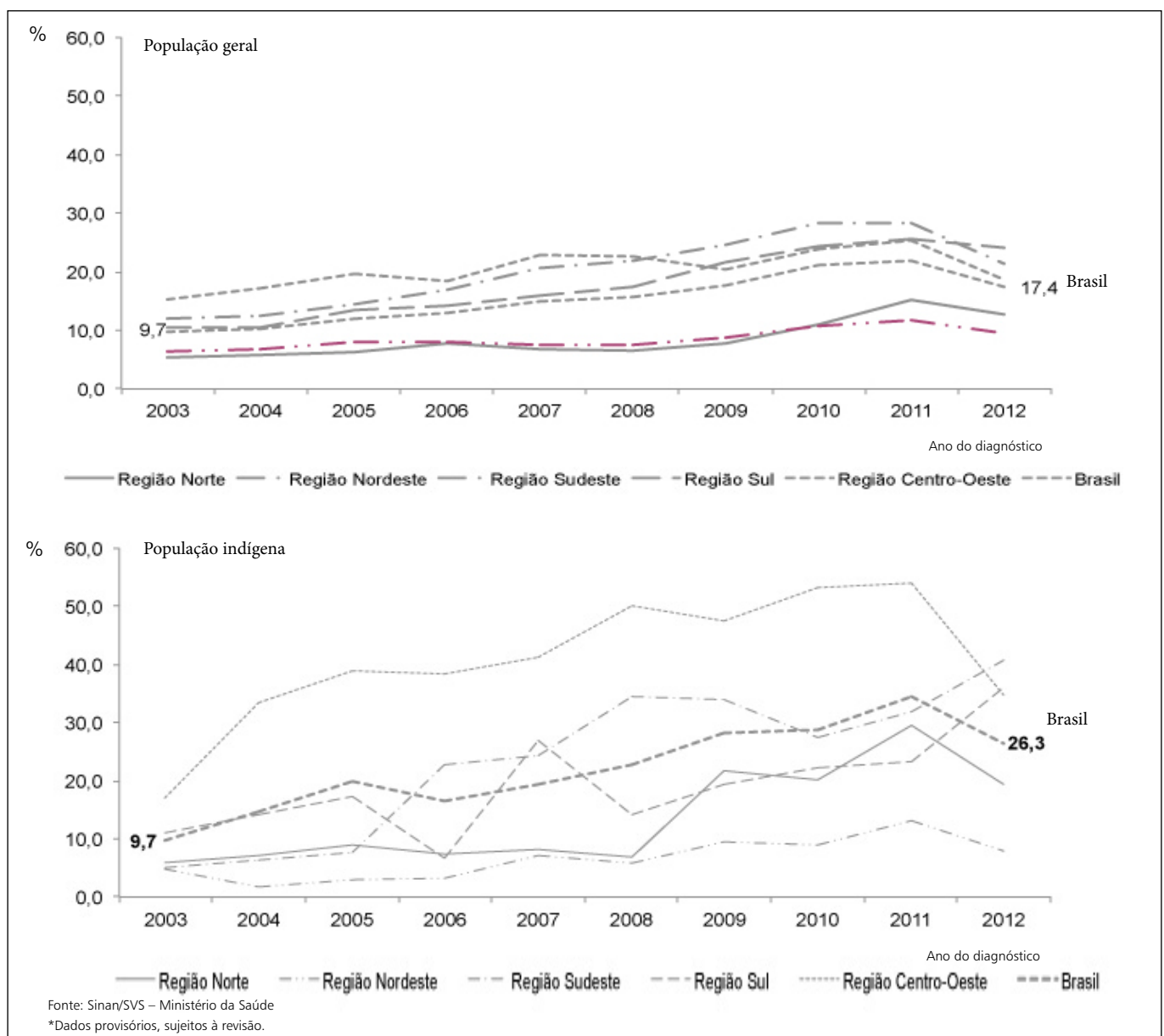


Figura 4 – Proporção de cultura de escarro para micobactéria. Brasil - Regiões, população geral e população indígena, 2003 – 2012*

Teste molecular rápido para tuberculose

Neste ano, o Ministério da Saúde iniciou o processo de implantação do teste molecular rápido para diagnóstico da tuberculose – uma tecnologia inovadora para o controle da doença que deverá se tornar a principal ferramenta para o diagnóstico da forma pulmonar. Por meio de técnicas de biologia molecular (PCR em tempo real) para identificar o DNA do *Mycobacterium tuberculosis*, o teste permite o diagnóstico em apenas duas horas. Além disso, indica, com alta sensibilidade (97,2%) e especificidade (98,1%),⁵ a resistência à rifampicina, um dos principais medicamentos usados no tratamento da doença.

A proposta do Ministério da Saúde é substituir a baciloscopia diagnóstica pelo teste molecular rápido em sua rede de atenção, e assim aumentar o número de casos identificados e seu diagnóstico oportuno, proporcionando a quebra da cadeia de transmissão e o controle da doença. No entanto, para o acompanhamento dos casos pulmonares

as baciloscopias de controle continuam sendo necessárias, pois o teste molecular rápido para tuberculose está indicado somente para o diagnóstico, e não para o seguimento.

Tratamento diretamente observado

O tratamento diretamente observado (TDO) é recomendado para todo indígena diagnosticado com a doença (caso novo ou retratamento). Ressalta-se que para o êxito do TDO nas áreas indígenas, é necessário que as EMSI desenvolvam estratégias adaptadas à realidade local, considerando as especificidades culturais e geográficas de cada grupo étnico.

Dos 782 casos novos diagnosticados em 2012, 561 (71,7%) realizaram o TDO, com destaque para a região Centro-Oeste, cujo percentual de realização do TDO variou de 81,1% a 95,5%, em 2007 e 2010, respectivamente. Esse percentual está bem acima do observado na população geral, cuja porcentagem de realização do TDO foi de 44,8% (Figura 5).

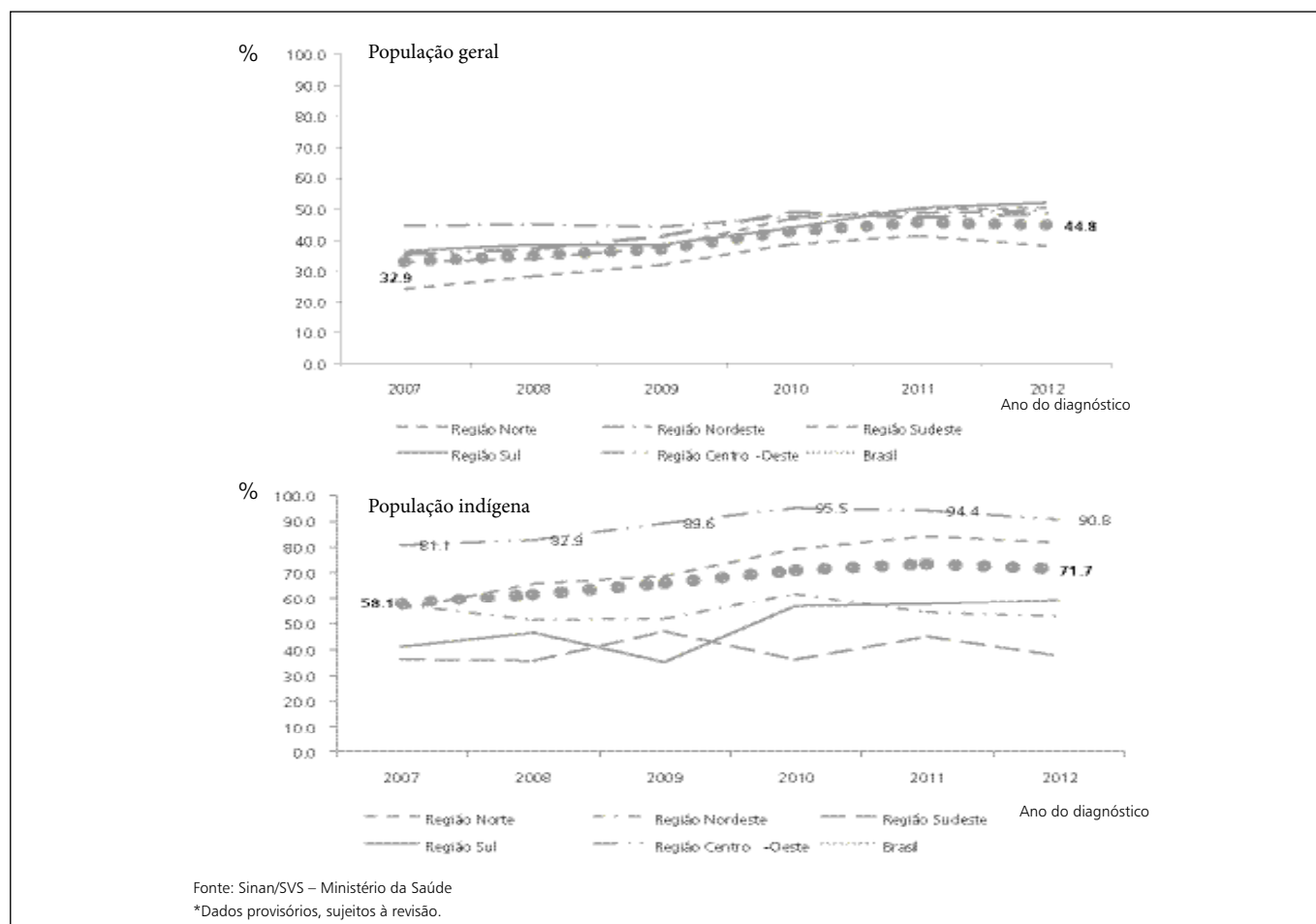


Figura 5 – Proporção de tratamento diretamente observado entre os casos de TB todas as formas. Brasil, Regiões, população geral e população indígena, 2007 – 2012*

Coinfecção TB-HIV na população indígena

Recomenda-se que toda pessoa com diagnóstico de tuberculose seja testada para o HIV (por teste rápido ou sorológico). As pessoas com HIV/aids estão mais propensas a desenvolver tuberculose e, muitas vezes, o diagnóstico da infecção pelo HIV ocorre durante o curso da tuberculose. Além disso, a tuberculose é uma das condições de maior impacto na mortalidade de indivíduos com Aids, o que justifica a atenção especial dos programas de tuberculose e Aids aos coinfectados TB-HIV.

Em 2012, 54,8% dos casos novos de tuberculose na população geral realizaram e receberam o resultado do teste anti-HIV; já na população indígena, essa porcentagem foi de 53,3%. Nesse mesmo ano, o percentual de coinfecção TB-HIV foi de 9,7% na população geral e de 4,0% na população indígena (Figura 6).

Na presença da coinfecção TB-HIV, o paciente deve receber atendimento especializado, além do tratamento da tuberculose ativa e terapia antirretroviral oportunamente. Entre as pessoas

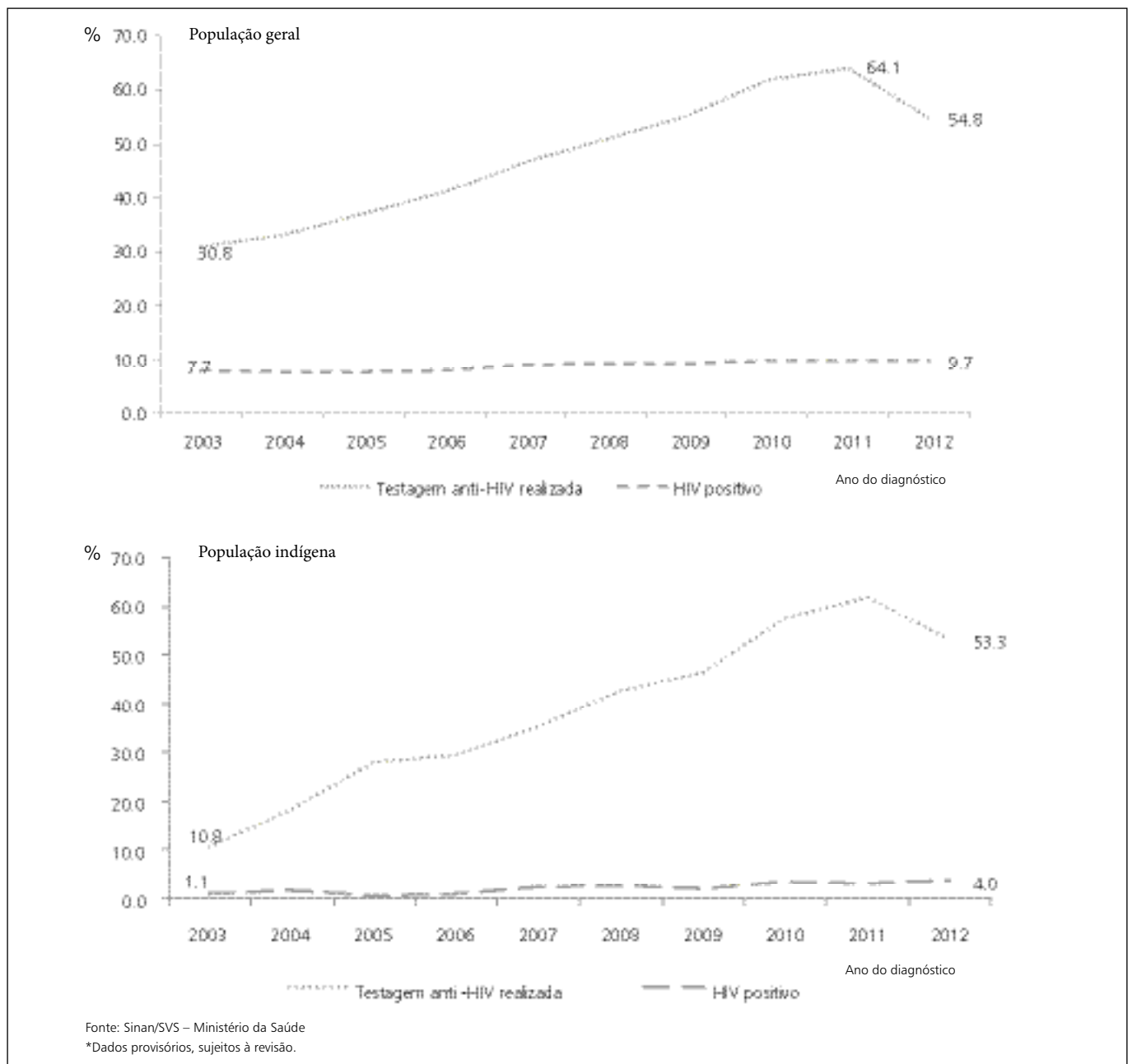


Figura 6 – Proporção de testagem anti-HIV e de coinfecção TB-HIV. Brasil, Regiões, população geral e população indígena, 2003 – 2012*

que vivem com HIV/Aids, recomenda-se a identificação precoce e tratamento da tuberculose ativa ou latente (infecção latente de tuberculose – ILTB).

O desfecho cura e abandono de tratamento entre os casos de tuberculose da população indígena

Para quebrar a cadeia de transmissão da tuberculose e, por consequência, reduzir a taxa de incidência, a OMS⁶ preconiza que o percentual de cura seja de, pelo menos, 85%. No período entre 2002 e 2011, o percentual de cura de tuberculose pulmonar bacilífera entre a população indígena

variou de 73,5% a 89,9%. Em 2011, esse resultado foi de 77,6%. Em contrapartida, a cura dos casos novos da forma pulmonar bacilífera, entre a população geral, variou de 70% a 75,6% e, em 2011, o resultado foi de 75,4%. Nesse mesmo ano, os percentuais de abandono de tratamento foram de 9,8% na população geral e 8,3% na indígena (Figura 7).

Mortalidade por tuberculose na população indígena

No ano de 2011, ocorreram 33 óbitos por tuberculose na população indígena, distribuídos em 10 unidades da Federação. Desse total, 10/33

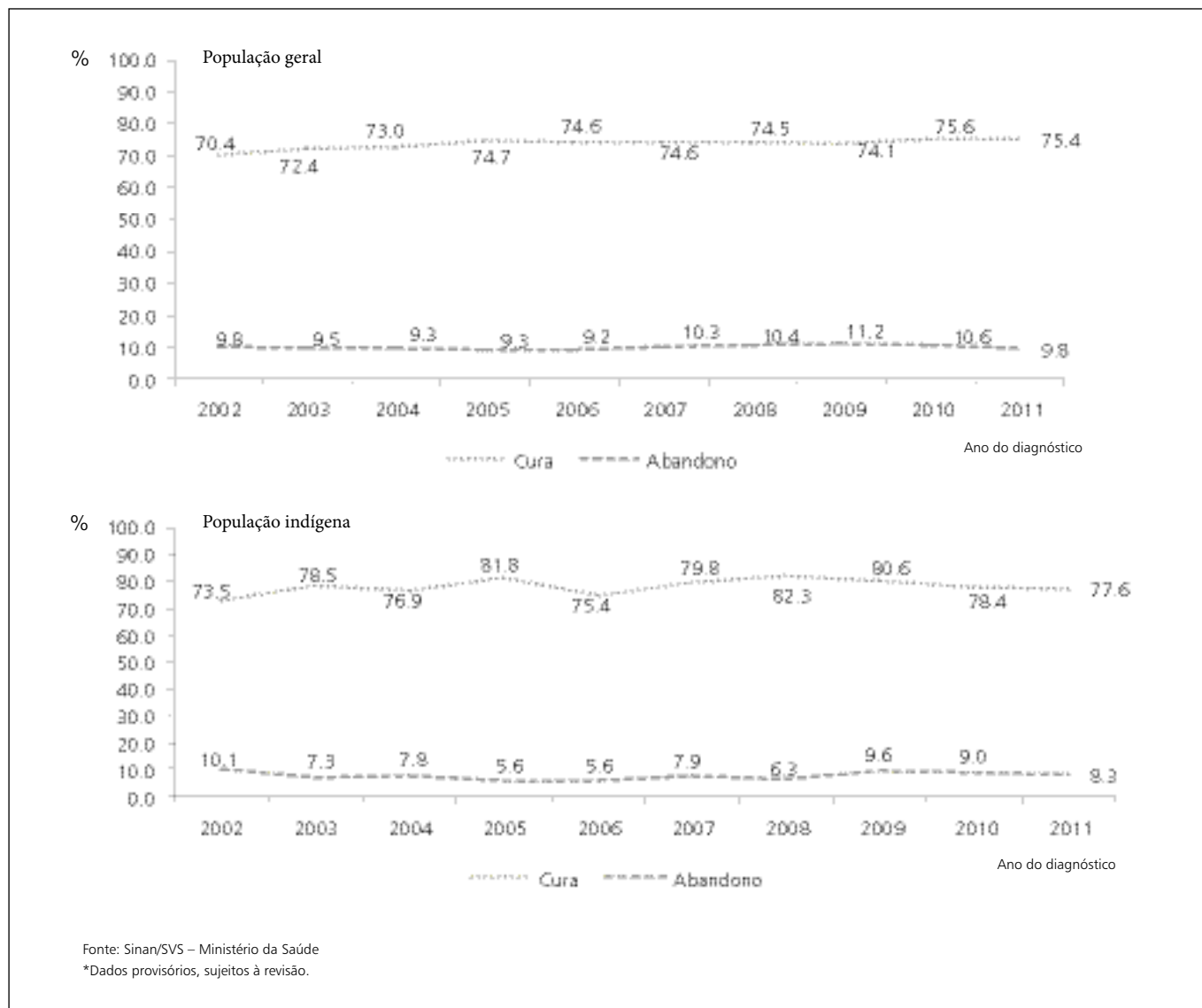


Figura 7 – Proporção de cura e abandono do tratamento de casos novos de TB pulmonar bacilífera. Brasil, Regiões, população geral e população indígena, 2003 – 2012*

óbitos foram de residentes no estado do Amazonas e 5/33 nos estado de Roraima (Tabela 1).

Considerações finais

Nos últimos anos, foram observados avanços significativos dos indicadores epidemiológicos de tuberculose entre a população indígena. No entanto, estratégias diferenciadas devem ser aprimoradas e aperfeiçoadas para o êxito das

ações de vigilância e controle da doença em áreas indígenas e de difícil acesso.

Por essa razão, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), por meio da Coordenação- Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT) – em parceria com a Coordenação- Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI/Sesai) e a Coordenação- Geral de Promoção dos Direitos Sociais (CGPDS/Funai)

Tabela 1 – Óbitos por tuberculose na população indígena. Brasil, 2011

Unidade da Federação	Número de óbitos
Amazonas	10
Roraima	5
Mato Grosso do Sul	5
Rondônia	3
Acre	2
Ceará	2
Minas Gerais	2
Mato Grosso	2
Maranhão	1
Santa Catarina	1
Brasil	33

Fonte: SIM/SVS-Ministério da Saúde.

– tem aperfeiçoado as estratégias de vigilância e controle da tuberculose para a população indígena em todo o território nacional.

Em 2012, a CGPNCT priorizou 67 municípios, nos quais se concentram 80% dos casos novos de tuberculose notificados em indígenas residentes em área rural, com o objetivo de aprimorar e fortalecer as ações de vigilância e controle da doença. Além disso, a CGPNCT garantiu a participação dos responsáveis técnicos pela tuberculose de todos os 34 DSEI do país no V Encontro nacional de tuberculose, no qual ocorreu o seminário sobre os determinantes sociais e tuberculose entre os povos indígenas no Brasil.

Ainda em 2012, foram capacitados 68 profissionais de saúde indígena dos 34 DSEI em Manejo clínico da tuberculose e tratamento diretamente observado. Foi realizado o I Seminário nacional de mobilização social para o controle da tuberculose entre os povos indígenas

no Brasil, com a participação dos presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e representantes da Sesai e Funai. E, também, a Oficina para o fortalecimento da vigilância epidemiológica e laboratorial da tuberculose entre os povos indígenas da região Norte, com a participação de representantes dos DSEI, PECT, Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) e Laboratórios de Fronteira (Lafron).

As visitas de monitoramento e avaliação com foco nas especificidades dos povos indígenas foram realizadas nos estados do Amazonas, Mato Grosso, Goiás e Rondônia. Nos estados do Acre, Amazonas e Roraima foram realizadas reuniões para o acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo projeto de pesquisa Fortalecimento do sistema de saúde para o controle da tuberculose em população indígena, vinculado ao Programa INOVA-ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Neste ano o Seminário nacional de boas práticas de controle da tuberculose entre os povos indígenas tem como objetivo ampliar e compartilhar estratégias bem-sucedidas de controle da tuberculose, envolvendo representantes dos PECT, PMCT, DSEI, Condisi, Lacen, Lafron e Coordenações Regionais da Funai. Esse seminário busca atender às sugestões dos participantes nos eventos em 2012 e objetiva consolidar parcerias para o controle dessa doença.

O crescente fortalecimento dessas parcerias permitirá a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e maior adesão ao tratamento, bem como o aprimoramento de estratégias diferenciadas para o êxito das ações de vigilância e controle da tuberculose em áreas indígenas e de difícil acesso de todo o território nacional.

Referências

- 1 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 15 de março de 2013.
- 2 - Funasa. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde; 2002.
- 3 - BRASIL. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 4 - WHO/World Health Organization. Laboratory services in tuberculosis control. Part I. Organization and Management. Geneva. Switzerland. WHO/TB/98.258.1998.
- 5 - Boehme CC, Nabeta P, Hillemann D, et, al. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance. *New England Journal Medicine* 2010; 363(11):1005-15.
- 6 - World Health Organization. Global tuberculosis report 2012. WHO Library, 2012.