

Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia

O Plano Global para o Combate à Tuberculose 2011-2015,¹ proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tem como visão livrar o mundo da tuberculose (TB). O objetivo é reduzir pela metade a incidência e a mortalidade por TB até 2015, comparados aos valores de 1990, seguindo as metas pactuadas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

De acordo com dados da OMS,² houve uma redução global do número de casos e de óbitos por TB, nas últimas duas décadas. De 2010 para 2011, a queda do coeficiente de incidência foi de 2,2% e o de mortalidade caiu 41% desde 1990. Esses indicadores também estão em queda na maioria dos 22 países de alta carga de TB, responsáveis por 82% dos casos mundiais, grupo ao qual o Brasil pertence.

No País, foram notificados 70.047 casos novos em 2012 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), o que equivale ao coeficiente de incidência (CI) de 36,1/100.000 habitantes. Quando comparado aos outros países, de acordo com a OMS, o Brasil ocupa a 17ª posição em relação ao número de casos e a 111ª quanto ao CI.²

Com o apoio da sociedade civil, os programas estaduais e municipais de controle da tuberculose (PECT e PMCT) ampliaram a divulgação da doença entre a população, o que resultou no aumento do percentual de detecção de casos estimados pela OMS: em 2011 foram notificados 91% dos casos estimados para o período, aumentando o CI. Mesmo assim, a tendência desse coeficiente no país é decrescente, com redução média anual de 1,2% (no período entre 1990 e 2011). Apesar disso, algumas unidades federadas (UFs) apresentam CI acima do nacional (Figura 1).

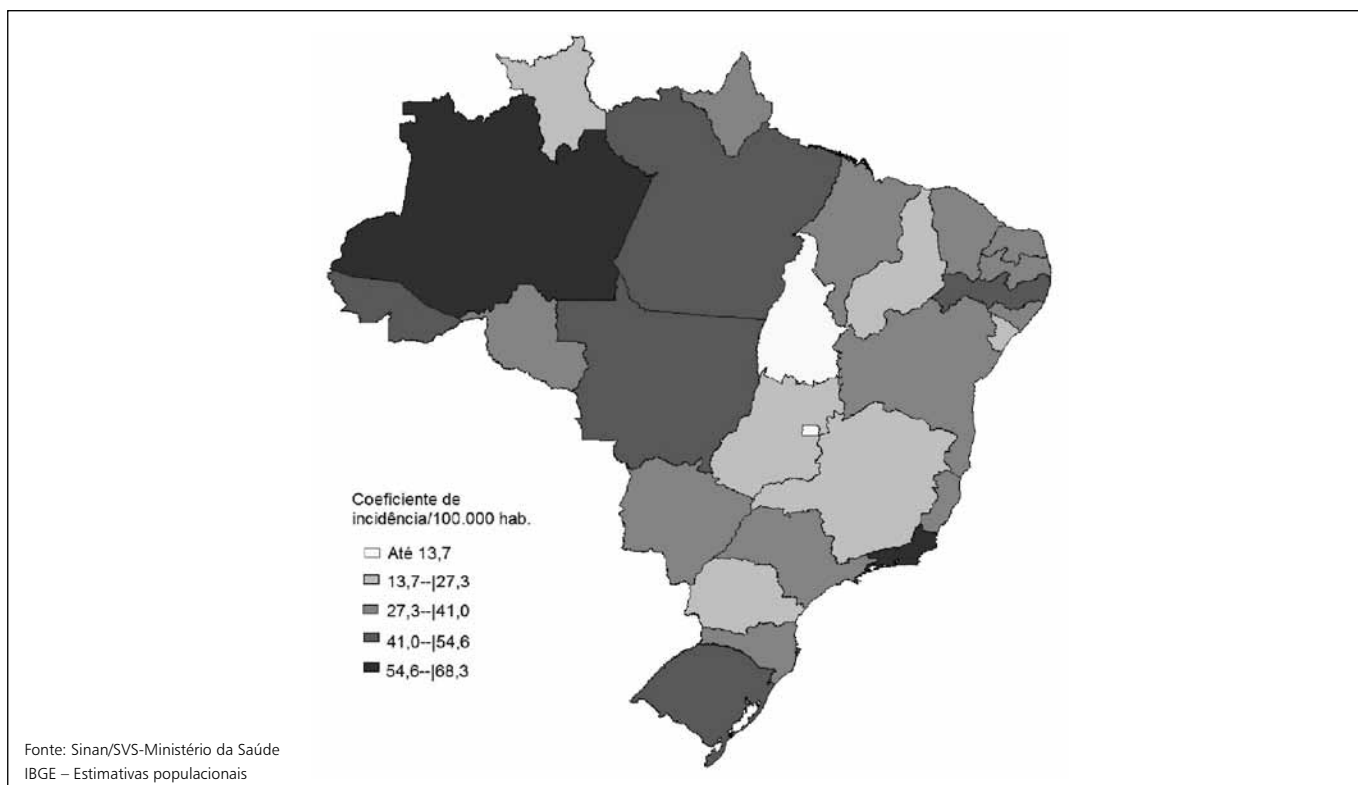


Figura 1 – Coeficiente de incidência de tuberculose. Brasil, 2012

A OMS divulgou, em 2012, que o Brasil já alcançou a meta de reduzir pela metade a taxa de mortalidade por TB quando comparada a 1990. Em 2010, o número de óbitos foi de 4.659 e o coeficiente de mortalidade (CM) 2,4 óbitos/100.000 hab. (Tabela 1).

Considerada, desde 2003, como prioridade para o Governo Federal, a TB tem sido contemplada nas principais pactuações nacionais. Atualmente, há dois indicadores relacionados a essa doença no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP): proporção de cura para os casos novos de TB bacilífera e proporção de casos novos de TB testados para o HIV. O objetivo do COAP é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.³ Essa pactuação formaliza o comprometimento político e técnico entre as três esferas de governo e possibilita, conseqüentemente, maior atenção ao controle da TB.

Mesmo havendo tendência de queda dos dois indicadores, o Brasil ainda não conseguiu alcançar a meta, estipulada pela OMS – curar 85% dos casos novos bacilíferos. Em 2010, a proporção de cura foi de 73,4% e em 2011 alcançou-se 71,6% (dados preliminares) (Tabela 1).

O Ministério da Saúde (MS) estabeleceu como prioridades, para 2013, a ampliação do diagnóstico com implantação de nova tecnologia e o fortalecimento das ações de TB na atenção básica.

O enfrentamento aos determinantes sociais da TB também se consolidam como meta programática. A doença tem relação direta com a miséria e exclusão social e por isso o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tem-se aproximado do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) com o objetivo de estabelecer ações conjuntas no enfrentamento da TB entre a população em situação de pobreza.

Com o final do projeto Fundo Global, em abril de 2012, o PNCT assumiu a interlocução com os 11 comitês metropolitanos formados nos estados prioritários (Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo) durante os anos do projeto. De caráter consultivo e propositivo, os comitês atuam como articuladores entre governo e sociedade civil, buscam integrar e contribuir na construção de políticas públicas para o controle da tuberculose e dão visibilidade às ações de mobilização, advocacy, comunicação e controle social. Em 2012, foram formados mais dois comitês, em Santa Catarina e no Espírito

© 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.

Tiragem: 1.000 exemplares

Comitê Editorial

Jarbas Barbosa da Silva Jr (editor geral), Sônia M. F. Brito, Marcus Quito, Cláudio Maierovitch P. Henriques, Deborah C. Malta, Dirceu B. Greco, Guilherme Franco Netto, Elisete Duarte, Eunice de Lima, Geraldo Ferreira e Carlos Estênio Freire Brasilino.

Equipe Editorial

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Dráurio Barrera (editor científico), Luciana M. V. Sardinha e Gilmara Lima Nascimento (editoras assistentes) e Alisson Leandro Aragão Meneses (secretário executivo).

Colaboradores

Ana Wiczorek Torrens, Ana Cecília Paranaguá Fraga, Andrea de Paula Lobo, Daniele Chaves Kühleis, Douglas Estevão de Miranda, Fabio Moherdau, Fernanda Dockhorn Costa, José Carlos Veloso, Josué de Lima, Patrícia Bartholomay, Ruy de Souza Júnior, Tatiana Eustáquia Magalhães de Pinho Melo, Tatiana Estrela, Vânia Camargo da Costa.

Distribuição impressa e eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Revisão de texto

Bernadete Falcão

Normalização

Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS.

Santo, conformando 13 comitês de controle da tuberculose no país.

A inserção da TB na agenda dos parlamentares, por meio da criação da Frente Parlamentar de luta contra a TB, no Congresso Nacional, em maio de 2012, também tem contribuído com o fortalecimento da sustentabilidade do movimento social que milita pela melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados à população (Tabela 1).

Diagnóstico

A baciloscopia de escarro e a cultura para micobactéria são os principais métodos laboratoriais preconizados. Porém, o Brasil está iniciando a implantação de novo método diagnóstico que promete maior rapidez e que indica ao mesmo tempo a resistência à rifampicina.

Tabela 1 – Indicadores do Programa Nacional de Controle da Tuberculose contemplados na Agenda Estratégica do Ministério da Saúde. Brasil, 2012*

Região e Unidade Federada	Proporção de cura de TB pulmonar bacilífera (%)	Proporção de testagem anti-HIV entre os casos novos (%)	Proporção de realização de cultura entre os casos de retratamento (%)
Norte	75,0	48,5	27,8
Rondônia	68,5	65,2	15,3
Acre	87,8	60,5	20,7
Amazonas	75,2	44,1	23,0
Roraima	79,6	69,8	66,7
Pará	74,9	46,4	33,6
Amapá	69,5	62,7	30,8
Tocantins	69,4	45,2	37,5
Nordeste	67,8	43,6	16,2
Maranhão	73,6	51,4	18,1
Piauí	67,9	40,6	8,9
Ceará	71,4	43,1	23,3
Rio Grande do Norte	69,0	45,1	12,1
Paraíba	58,6	55,2	10,2
Pernambuco	62,4	46,8	15,1
Alagoas	73,7	42,4	15,3
Sergipe	79,8	56,2	14,5
Bahia	66,5	34,6	14,5
Sudeste	74,3	56,2	31,1
Minas Gerais	65,6	45,0	16,9
Espírito Santo	80,4	64,6	44,0
Rio de Janeiro	67,3	46,1	16,1
São Paulo	80,4	64,8	43,0
Sul	68,8	69,2	30,2
Paraná	77,7	76,4	44,9
Santa Catarina	74,7	76,4	48,9
Rio Grande do Sul	63,0	63,2	23,0
Centro- Oeste	68,5	49,3	29,1
Mato Grosso do Sul	66,9	50,0	26,9
Mato Grosso	71,2	44,8	19,8
Goiás	66,3	51,3	39,4
Distrito Federal	68,8	58,5	29,6
Brasil	71,6	53,3	26,9

Fonte: Sinan/SVS-MS

*Dados referentes a 2012, exceto proporção de cura que se refere a 2011.

Baciloscopia de escarro

A pesquisa do bacilo álcool-ácido-resistente (baciloscopia) é, atualmente, a técnica mais utilizada no Brasil, não apenas para o diagnóstico, como também para o controle do tratamento. Desde que executada corretamente em todas as suas fases, ela permite detectar de 60% a 80% dos casos, com resultado em até 24 horas. Em 2012, dos 59.972 casos de TB pulmonar registrados no País, 85,8% realizaram baciloscopia no momento do diagnóstico da TB, desses 37.907 (73,7%) tiveram o resultado positivo.

Cultura para micobactéria

A cultura – o método “padrão ouro” para o diagnóstico da TB – quando associada a identificação e teste de sensibilidade aos antimicrobianos, permite o diagnóstico dos casos de TB resistente a drogas. No entanto, esse método pode levar dois meses para fornecer o resultado.

O PNCT recomenda a realização de cultura com teste de sensibilidade principalmente para populações consideradas de maior risco de albergarem um bacilo resistente, como: pacientes com tratamento prévio; pessoas que vivem com HIV/aids; contatos sintomáticos de casos de TB resistente e populações consideradas especiais para o PNCT – pessoas privadas de liberdade, indígenas, entre outros.

Nos últimos anos houve aumento na realização de cultura entre os casos de retratamento no Brasil. Em 2001, 12,5% desses casos realizaram exame de cultura, e em 2011 o percentual subiu para 36,5%. Resultados preliminares mostram que 26,9% dos casos de retratamento realizaram exame de cultura em 2012. Alguns estados, como Roraima e Santa Catarina, já alcançaram percentuais de realização de 66,7% e 48,9%, respectivamente. A meta é o Brasil realizar o exame em 100% dos casos de retratamento.

Teste rápido para tuberculose

O MS implantará na rede pública de saúde, a partir do segundo semestre de 2013, o teste rápido para diagnóstico – tecnologia inovadora para o controle da doença que deverá se tornar a principal ferramenta para o diagnóstico da TB pulmonar. Esse teste rápido utiliza técnicas de biologia molecular (PCR em tempo real) para identificar o DNA do *Mycobacterium tuberculosis*, permitindo seu diagnóstico em apenas duas horas.

A proposta do MS é substituir a baciloscopia pelo teste rápido para o diagnóstico da TB em toda 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.

O novo teste também indica, com alta sensibilidade (97,2%)⁴ e especificidade (98,1%),⁴ a resistência à rifampicina, um dos principais medicamentos usados no tratamento básico da doença.

A possibilidade de dispor amplamente de um teste diagnóstico da TB de fácil realização, muito eficiente, com resultado rápido, e que indica a possibilidade de resistência à rifampicina, poderá revolucionar as ações de controle da tuberculose no Brasil.

Atenção Básica

Como a atenção básica (AB) tem papel fundamental como porta de entrada aos serviços de saúde, as ações articuladas entre os PCTs e gerências de AB devem ser parte do cotidiano da gestão e devem impactar os territórios, uma vez que sua capilaridade e sua visão integral sobre o processo saúde/doença são determinantes no enfrentamento da TB.

A Estratégia de Saúde da Família tem sido ampliada de forma significativa no Brasil. Mas, ainda é necessário qualificar o olhar das equipes quanto à linha de cuidado da TB. Como exemplo, apenas 60% dos casos de TB pulmonar bacilífera são identificados pela AB.

Por essa razão, o MS disponibilizou, em 2012, o curso à distância, intitulado Ações para o controle da tuberculose na atenção básica, sendo totalmente autoinstrucional. Ele pode ser iniciado, a qualquer momento e está disponível na página: www.unasus.gov.br/CursoTB.

Determinantes sociais

A tuberculose é um dos agravos fortemente influenciados pela determinação social e demonstra relação direta com a pobreza e a exclusão social. Com intuito de conhecer o perfil socioeconômico dos casos de TB, foi realizada a análise do relacionamento entre as bases de dados do Sinan TB e a do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico). Esse último identifica e caracteriza as famílias de baixa renda e é utilizado para seleção

de todos os programas sociais do Governo Federal, entre eles o Programa Bolsa Família (PBF).

Segundo dados do MDS, em 2012 a base de dados do CadÚnico contava com aproximadamente 25 milhões de famílias. Dentre essas, aproximadamente 18 milhões de famílias possuíam renda per capita mensal de até R\$ 140,00 e quase 14 milhões de pessoas eram beneficiárias do PBF.

Dos casos novos de TB diagnosticados em 2010, 23,9% (17.427) estavam incluídos no CadÚnico, ou seja, faziam parte de famílias que possuíam renda igual ou inferior a meio salário mínimo por pessoa/mês ou renda familiar mensal de até três salários mínimos. A proporção de casos de TB cadastrados no CadÚnico variou, entre os estados, de 17,2% (Rio de Janeiro) a 37,8% no Piauí.

O tratamento diretamente observado (TDO) foi realizado em 46,8% e 50,6% dos casos de TB cadastrados e não cadastrados, respectivamente. Já os desfechos foram bastante favoráveis: o percentual de cura de casos novos diagnosticados em 2010 foi de 74,4% entre os cadastrados e 68,2% de não cadastrados. Observou-se também que houve 4,5% menos óbitos por TB como causa básica ou associada entre os cadastrados.

O cadastramento das famílias não significa a inclusão no PBF. Esse é concedido somente para as famílias que atendem a critérios específicos de renda e composição familiar. No entanto, para inserção no CadÚnico é necessário que as famílias acessem os equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) ou sejam identificadas por seus profissionais. Essa estratégia de 'busca ativa' tem aproximado as famílias em situação de vulnerabilidade aos serviços públicos. Mesmo assim, ainda são necessárias outras análises a respeito do impacto do PBF no controle da TB com o objetivo de subsidiar a elaboração de respostas mais efetivas na detecção, acompanhamento e encerramento dos casos na população socialmente vulnerável.

Populações especiais

Coinfecção TB-HIV

As pessoas com HIV/aids estão mais propensas a desenvolver TB, por outro lado o diagnóstico da infecção pelo HIV muitas vezes ocorre durante o curso da TB. No entanto, a tuberculose ativa é uma das condições de maior impacto na mortalidade

em indivíduos com aids, justificando-se assim especial atenção aos coinfectados TB-HIV.

No Brasil, 53,3% dos casos novos de TB diagnosticados em 2012 realizaram e receberam o resultado do teste anti-HIV. Nesse mesmo ano, o percentual de coinfecção TB-HIV no país foi de 9,7%.

Entre as intervenções preconizadas pelo MS para controle da coinfecção, destaca-se a realização oportuna do teste anti-HIV em todas as pessoas com TB, pelo teste rápido. E para as pessoas que vivem com HIV/aids recomenda-se: identificação precoce da TB, tratamento da doença ativa, da infecção latente e o início oportuno da terapia antirretroviral.

Como estratégia para o controle da coinfecção, os Serviços de Atenção Especializada (SAE) às pessoas que vivem com HIV/AIDS estão sendo organizados como local preferencial para manejo das pessoas coinfectadas.

População indígena

Embora a população indígena represente apenas 0,4% da população brasileira,⁵ em 2012 foram diagnosticados 772 casos novos de TB nessa população (1,1% do total de casos do país). Desse total, 59,3% encontravam-se domiciliados em área rural. O CI de TB entre essa população foi de 94,4^a/100.000 hab. (quase três vezes maior que a população geral).

No Brasil, 67 municípios, distribuídos em 14 estados, são responsáveis por 80% dos casos novos de TB notificados entre a população indígena. Em 2012, esses municípios foram priorizados pelo PNCT para o aperfeiçoamento das ações de controle desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e pelos PECTs e PMCTs.

População em situação de rua

A Resolução nº 5 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 2012, estabelece diretrizes nacionais para a elaboração de estratégias que deverão fazer parte de planos operativos estaduais de saúde. Esses planos têm por objetivo programar ações voltadas para a população em situação de rua, no SUS.

O controle da TB está contemplado no eixo de promoção e vigilância em saúde e envolve ações de

⁵ Coeficiente de incidência calculado considerando a população indígena do Censo de 2010.

busca ativa e TDO, orientados por um profissional de saúde. A inclusão das ações de controle da TB no plano operativo reflete o compromisso do PNCT junto ao Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua do MS.

Há poucos dados sobre TB nessa população e na ficha do Sinan não há um campo que a identifique. Na cidade de São Paulo, o CI, em 2012, foi de 1.814/100.000 hab. (37 vezes superior à população geral), e o abandono do tratamento foi de 43% entre os casos novos de TB (2011).^b Esses indicadores destacam a necessidade de estratégias diferenciadas que possibilitem maior adesão ao tratamento e aumento da cura.

População privada de liberdade

No Brasil, foi incluída a variável “institucionalizado” com a categoria “presídio”, na ficha de notificação do Sinan (2007), a fim de ser realizado o monitoramento adequado da população privada de liberdade. Essa população representa aproximadamente 0,2% da população brasileira, e contribui com 7,2% dos casos novos de TB notificados no país: 5.050 casos novos em 2012. Também é particularmente elevada a frequência de formas resistentes, relacionadas ao tratamento irregular e à detecção tardia nesse grupo.

^b Fonte: Sistema de Controle de Paciente com Tuberculose do estado de São Paulo – TB Web.

Referências

1. World Health Organization. The Global Plan to Stop TB 2011-2015. Genebra, Suíça; 2010.
2. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2012. WHO Library. Genebra, Suíça; 2012.
3. Presidência da República (Brasil). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 1, 26 jun 2011. Seção 1.
4. Boehme CC, Nabeta P, Hillemann D, et. al. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance. *New England Journal of Medicine* 2010; 363(11):1005-15.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Acesso em 2013 15 mar. Disponível em: www.ibge.gov.br.

Entre 2007 e 2012, observou-se que houve o incremento de 85,3% de casos novos, que pode ser atribuído à intensificação da busca de sintomáticos respiratórios e evolução da vigilância nas prisões.

O PNCT tem realizado oficinas e capacitação de profissionais de saúde, justiça e sociedade civil quanto à magnitude da doença intramuros. Além disso, centros de diagnóstico clínico e laboratorial foram implantados em unidades prisionais dos estados do Rio Grande do Sul, Pernambuco, Rio de Janeiro, Maranhão, Ceará e Amazonas.

Considerações Finais

O PNCT tem desenvolvido ações que objetivam a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e tratamento, por ser essa uma importante estratégia para redução da mortalidade por tuberculose. O teste rápido trará a agilidade necessária para a detecção de casos novos de TB pulmonar e deve se tornar a principal ferramenta para o diagnóstico desses casos.

Além disso, o fortalecimento das atividades de controle da tuberculose pela atenção básica e o consequente estreitamento do vínculo do paciente com a porta de entrada do SUS podem aumentar as chances de conclusão do tratamento e o percentual de cura da doença.