

Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose

Introdução

A tuberculose é uma doença infecciosa de elevada magnitude e importância no mundo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada com o bacilo causador da doença, e que em 2013 ocorreram 9 milhões de casos novos e 1 milhão de óbitos.¹

O Brasil faz parte do grupo dos 22 países de alta carga priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos.¹ No país, no período de 2005 a 2014, foram diagnosticados, em média, 73 mil casos novos de tuberculose por ano, e em 2013, ocorreram 4.577 óbitos.

A OMS estabeleceu metas desafiadoras para os países em sua estratégia pós-2015, definindo como visão de futuro “Um mundo livre da tuberculose: zero mortes, adoecimento e sofrimento causados pela doença (*A world free of tuberculosis – zero deaths, disease and suffering due to tuberculosis*)”.² Para o alcance desse compromisso, em alusão ao Dia Mundial de Luta Contra a Tuberculose – 2015, a *Stop TB Partnership* lançou o tema “Alcançando os 3 milhões de casos não detectados: rastrear, tratar e curar a todos”. A mobilização visa marcar o compromisso político e social em busca da eliminação da tuberculose como um problema de Saúde Pública.³

O Brasil segue a proposta da OMS no que diz respeito às prioridades relacionadas à detecção precoce de casos, ao tratamento do paciente e à sua conclusão com desfecho favorável: a cura. Para isso, as atividades desenvolvidas precisam estar relacionadas a abordagens que visam à redução do estigma que ainda existe em torno da doença e à melhoria das estratégias para adesão ao tratamento, não perdendo de vista a necessidade de articulação com outras áreas, inclusive fora do setor da saúde. Nesse contexto epidemiológico, e ainda considerando que o controle da doença é um desafio agravado por sua associação com as

vulnerabilidades sociais, o Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades de agenda o controle da tuberculose.

Os objetivos deste Boletim Epidemiológico foram descrever os indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose segundo Unidades Federadas e capitais brasileiras e relatar algumas atividades desenvolvidas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em parceria com os programas estaduais e municipais que visam detectar precocemente, tratar e curar os pacientes.

Método

Trata-se de um estudo descritivo dos indicadores epidemiológicos e operacionais do controle da tuberculose no Brasil no período de 2005 a 2014 e das atividades desenvolvidas para ampliação da detecção precoce de casos e aumento da adesão ao tratamento.

População do estudo

A população do estudo foi composta pelos casos e óbitos por tuberculose no Brasil que apresentaram essa doença como causa básica, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), considerando-se os códigos A15-A19.

Local de estudo e fonte de dados

Os indicadores foram calculados, de acordo com a Unidade Federada e as capitais de residência, a partir das bases de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde, do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB) e dos dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados referentes aos casos de tuberculose diagnosticados em São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Ceará e Paraná foram disponibilizados pelos programas de controle da tuberculose desses estados, a partir das bases de dados estaduais do Sinan. Os dados sobre o rastreamento de casos de tuberculose no Presídio Central de Porto Alegre-RS foram disponibilizados pela equipe de saúde desse presídio, e aqueles sobre a produção da rede de teste

rápido para tuberculose foram obtidos das planilhas do FormSUS, que possuem dados produzidos pelos Laboratórios Centrais e Municipais que compõem a Rede de Teste Rápido para Tuberculose.

Indicadores analisados

Os indicadores analisados são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose

Indicadores epidemiológicos – Morbidade	Coeficiente de incidência de tuberculose por 100 mil hab.
	Percentual de coinfeção TB-HIV
	Número de casos novos de tuberculose resistente
Indicador epidemiológico – Mortalidade	Coeficiente de mortalidade por tuberculose por 100 mil hab.
Indicadores operacionais	Percentual de realização de cultura de escarro nos casos de retratamento de tuberculose
	Percentual de testagem para o HIV entre os casos novos de tuberculose
	Percentual de cura entre os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
	Percentual de abandono de tratamento entre os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
	Proporção de casos novos de acordo com a unidade de notificação e de acompanhamento
	Proporção de casos de tuberculose multirresistente segundo situação de encerramento
	Número de teste rápido molecular para tuberculose realizado

© 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

Sônia Maria Feitosa Brito, Carlos Augusto Vaz de Souza, Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques, Deborah Carvalho Malta, Fábio Caldas de Mesquita, Marcus Vinícius Quito, Elisete Duarte, Geraldo da Silva Ferreira, Cristiane Martins.

Equipe Editorial

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Rossana Coimbra Brito (Editora Científica), Gilmar Lima Nascimento e Izabel Lucena Gadioli (Editoras Assistentes).

Colaboradores

Programa Nacional de Controle de Tuberculose/SVS/MS: Ana Wiecezorek Torrens, Andréa de Paula Lobo, Cíntia Oliveira Dantas, Daniele Chaves Kühleis, Daniele Gomes Dell'Orti, Daniele Maria Pelissari, Draurio Barreira, Fábio Moherdau, Ana Cecília Paranaguá Fraga, Fernanda Dockhorn Costa, Francinelle Miranda dos Reis, Marcela Virgínnia Cavalcante, Marina Gasino Jacobs, Nanci Michele Saita, Patricia Bartholomay Oliveira, Ruy de Souza Júnior, Stefano Barbosa Codenotti, Tatiana Eustáquia Magalhães de Pinho Melo, Tatiana Silva Estrela.

Colaboradores convidados

Programa Municipal de Controle da Tuberculose de São Paulo: Eri Ishimoto, Naomi Kawaoka, Komatsu, Vera Maria Neder Galesi. Superintendência dos Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul: Elenita Majara Pinto Ferreira, Carla Letícia Prestes Oliveira, Jaciara Leal da Silva.

Secretaria Executiva

Raíssa Christófaro (CGDEP/SVS)

Projeto gráfico e distribuição eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Revisão de texto

Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/SVS)

O indicador “proporção de casos novos de acordo com a unidade de saúde de notificação e acompanhamento” foi obtido a partir do relacionamento de uma base de dados contendo a classificação dos estabelecimentos de saúde das capitais brasileiras segundo nível de atenção (primária, secundária e terciária) com a base de dados do Sinan-TB contendo os casos novos diagnosticados em 2013. Na ficha de investigação da tuberculose constam os campos unidade de notificação e unidade de atendimento atual, o que tornou possível o relacionamento dos bancos. A classificação dos estabelecimentos de saúde das capitais brasileiras, segundo nível de atenção, foi solicitada pelo PNCT aos Programas Estaduais de Controle da Tuberculose (PECT) em parceria com os Programas Municipais de Controle da Tuberculose (PMCT).

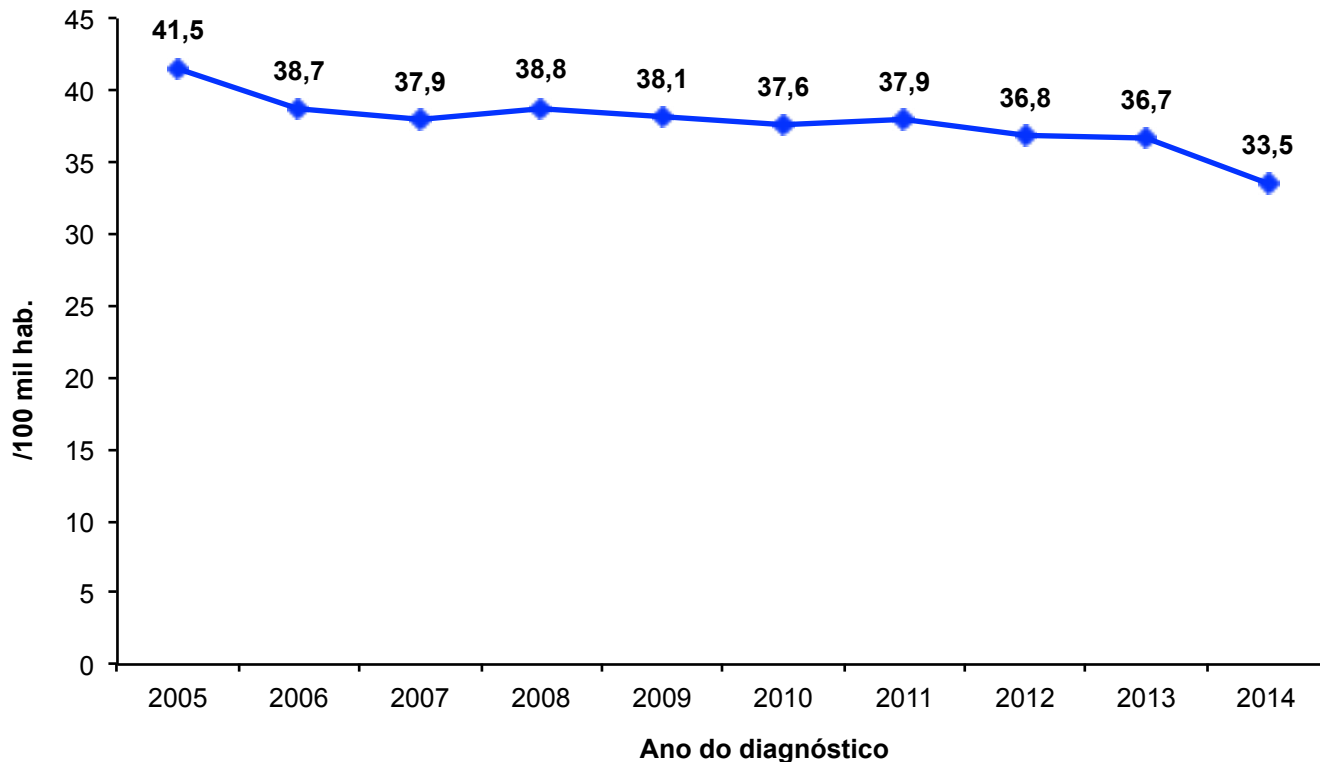
As informações sobre algumas atividades desenvolvidas pelo PNCT para o aprimoramento das ações de controle da tuberculose, no que diz respeito ao diagnóstico precoce e adesão ao tratamento, foram obtidas diretamente com os técnicos que estão envolvidos com o tema abordado.

Resultados e discussão

Coeficientes de incidência e de mortalidade por tuberculose e indicadores operacionais do controle da tuberculose

De acordo com o Relatório Global da Tuberculose da Organização Mundial de Saúde,³ o Brasil atingiu todas as metas internacionais relacionadas à incidência, prevalência e mortalidade por tuberculose. As metas propostas foram: parar e reverter a tendência do coeficiente de incidência da tuberculose até 2015 (meta estabelecida nos Objetivos do Milênio); e reduzir em 50% a prevalência e a mortalidade por tuberculose em 2015, em comparação a 1990 (meta do *Stop TB Partnership*).⁴

Em 2014, foram diagnosticados 67.966 casos novos de tuberculose. Ao longo dos anos, observase redução do coeficiente de incidência, passando de 41,5/100 mil hab. em 2005 para 33,5 por 100 mil hab. em 2014, o que corresponde a uma redução média de 2,3% ao ano nesse período (Figura 1).



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Dados sujeitos a alteração.

Figura 1 – Coeficiente de incidência de tuberculose. Brasil, 2005-2014

Apesar da redução do coeficiente de incidência da tuberculose, ainda restam desafios para a redução do número de casos da doença, visto que o Brasil ainda registra cerca de 73 mil casos novos por ano. Além

disso, os valores encontrados entre as Unidades da Federação são heterogêneos e variaram, em 2014, de 11,0 a 68,4/100 mil hab., nos estados de Goiás e Amazonas, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 – Indicadores operacionais e epidemiológicos do controle da tuberculose nas Unidades da Federação. Brasil, 2014

Unidade da Federação	Coeficiente de incidência (/100 mil hab.)	Coeficiente de mortalidade (/100 mil hab.) ^a	Realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento (%)	Realização de testagem para HIV em casos novos (%)	Coinfecção TB-HIV (%)	Cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera ^a (%)	Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera ^a (%)
Rondônia	30,5	1,5	13,3	68,2	9,7	69,7	14,0
Acre	43,8	3,6	12,2	80,3	1,7	87,3	2,8
Amazonas	68,4	3,5	14,0	53,7	16,2	73,0	15,9
Roraima	24,8	1,4	50,0	74,8	8,1	77,9	5,9
Pará	39,2	2,8	14,9	51,3	7,7	71,1	9,6
Amapá	23,0	1,4	19,0	71,7	8,7	71,8	11,3
Tocantins	11,2	1,6	7,1	71,9	9,6	75,7	5,2
Região Norte	44,4	2,7	14,5	56,2	10,8	72,7	11,3
Maranhão	24,9	2,3	23,2	66,1	8,4	73,5	10,8
Piauí	15,4	2,4	13,0	53,1	5,5	74,2	6,0
Ceará	37,0	2,5	20,1	47,9	7,1	74,2	9,9
Rio Grande do Norte	29,7	2,1	8,7	53,6	11,2	57,9	7,4
Paraíba	22,1	1,5	9,3	63,7	7,8	64,3	13,4
Pernambuco	48,5	3,8	13,3	50,7	12,0	71,1	11,0
Alagoas	30,6	3,3	13,3	44,5	9,2	68,3	10,5
Sergipe	23,8	2,0	20,4	62,5	4,9	74,3	13,3
Bahia	30,7	2,7	19,0	49,4	6,3	65,7	9,1
Região Nordeste	31,6	2,7	16,3	52,2	8,5	69,5	10,1
Minas Gerais	17,4	1,1	16,6	53,1	10,3	67,2	9,0
Espírito Santo	24,8	2,2	57,4	73,3	9,0	76,7	10,5
Rio de Janeiro	60,9	5,0	12,3	57,6	9,9	68,0	13,0
São Paulo	36,9	2,0	56,3	75,1	9,0	82,8	9,9
Região Sudeste	36,2	2,4	38,0	66,8	9,4	75,5	10,9
Paraná	18,7	1,2	47,0	82,0	12,5	79,2	8,9
Santa Catarina	26,2	0,9	46,9	80,5	19,1	74,3	11,2
Rio Grande do Sul	42,4	2,0	28,0	77,2	20,3	63,8	15,1
Região Sul	29,6	1,4	33,2	79,0	18,2	69,6	12,8
Mato Grosso do Sul	30,7	2,4	52,7	62,8	10,9	63,6	9,7
Mato Grosso	43,2	1,9	16,3	40,2	4,8	70,0	9,3
Goiás	11,0	1,1	49,5	57,2	9,4	68,2	11,5
Distrito Federal	11,7	0,7	15,4	74,3	14,4	71,9	7,2
Região Centro-Oeste	21,4	1,4	33,3	53,1	8,3	68,2	9,8
Brasil	33,5	2,3	30,1	62,7	10,4	72,5	10,9

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Dados sujeitos a alteração.

^a Dados referentes ao ano de 2013.

Entre as capitais, em 2014, foram registrados 25.926 casos novos de tuberculose, o que corresponde a 38,1% do total de casos novos diagnosticados no país. Assim como nas Unidades Federadas, também são observadas disparidades entre as capitais brasileiras que apresentaram, em 2014, coeficientes de incidência

variando de 7,9 a 99,3/100 mil hab. em Palmas-TO e Porto Alegre-RS, respectivamente. Nesse mesmo ano, 16 capitais apresentaram o coeficiente de incidência acima do valor nacional (33,5/100 mil hab.), destacando-se Porto Alegre-RS, Cuiabá-MT, Recife-PE, Manaus-AM e Belém-PA (Tabela 2).

Tabela 2 – Indicadores operacionais e epidemiológicos do controle da tuberculose nas capitais brasileiras, 2014

Capitais brasileiras	Coeficiente de incidência (/100 mil hab.)	Coeficiente de mortalidade (/100 mil hab.) ^a	Realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento (%)	Realização de testagem para HIV nos casos novos (%)	Coinfecção TB-HIV (%)	Cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera ^a (%)	Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera ^a (%)
Porto Velho	54,9	1,6	9,2	65,7	11,8	63,3	19,4
Rio Branco	57,2	4,8	19,2	78,8	2,4	88,2	3,5
Manaus	93,8	3,7	16,1	55,5	20,0	72,1	18,0
Boa Vista	24,8	1,3	100,0	74,4	10,3	81,0	9,5
Belém	83,2	6,0	16,1	58,9	9,8	73,7	10,9
Macapá	21,9	1,4	21,4	68,4	8,2	68,4	14,3
Palmas	7,9	1,6	33,3	71,4	4,8	87,5	0,0
São Luís	46,5	4,3	35,1	77,8	12,7	66,4	15,3
Teresina	21,5	2,2	10,0	56,9	7,7	83,3	6,3
Fortaleza	58,2	3,5	11,2	46,6	9,4	69,2	15,2
Natal	42,9	2,1	5,6	52,7	14,6	54,4	9,3
João Pessoa	35,7	2,7	13,3	77,8	8,2	58,6	18,6
Recife	98,0	6,5	3,6	41,2	13,5	64,6	17,4
Maceió	49,1	5,4	11,5	44,7	9,9	68,8	15,8
Aracaju	25,2	2,1	23,2	66,9	4,5	77,9	11,6
Salvador	62,7	3,6	17,3	44,7	8,5	61,0	11,0
Belo Horizonte	24,5	1,0	12,5	58,9	14,1	62,3	12,7
Vitória	32,1	3,4	62,5	85,8	11,5	77,6	10,2
Rio de Janeiro	82,0	6,5	12,8	67,9	11,1	65,5	12,9
São Paulo	49,4	3,1	53,6	72,0	10,8	79,0	12,4
Curitiba	19,5	1,2	52,2	85,7	22,0	81,0	11,7
Florianópolis	49,0	0,9	39,5	71,7	20,4	63,2	15,1
Porto Alegre	99,3	3,0	31,2	82,6	28,0	51,8	24,9
Campo Grande	32,1	2,0	61,5	64,2	14,8	52,0	12,5
Cuiabá	98,7	3,0	16,0	34,0	2,8	67,8	9,3
Goiânia	12,7	1,9	57,9	68,3	15,6	67,6	18,2
Brasília	11,7	0,7	15,4	74,3	14,4	71,9	7,2

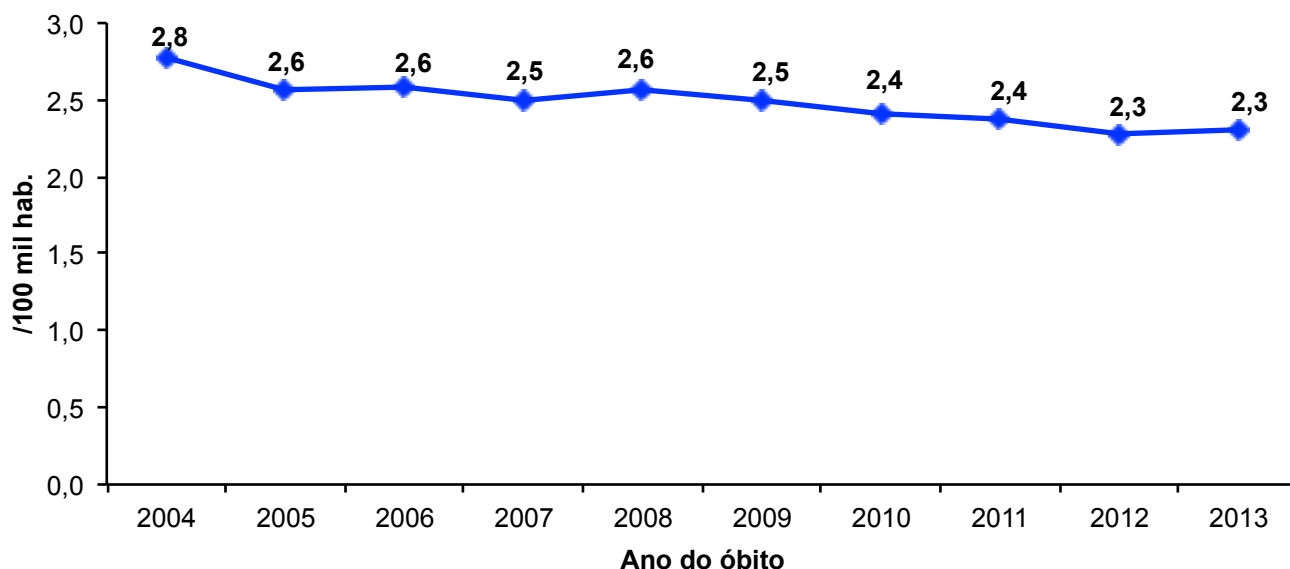
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Dados sujeitos a alteração.

^a Dados referentes ao ano diagnóstico 2013.

O coeficiente de mortalidade por tuberculose também apresentou redução no período de 2004 a 2013 (Figura 2). Em 2013, os estados com maiores coeficientes foram Rio de Janeiro (5,0 óbitos/100

mil hab.), Pernambuco (3,8/100 mil hab.) e Acre (3,6/100 mil hab.) (Tabela 1). As capitais Recife-PE, Rio de Janeiro-RJ e Belém-PA apresentaram maior risco de morte por tuberculose.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Dados sujeitos a alteração.

Figura 2 – Coeficiente de mortalidade por tuberculose. Brasil, 2004 - 2013

Os indicadores operacionais refletem a qualidade dos serviços prestados aos pacientes com tuberculose e apoiam na tomada de decisão. Entre os indicadores ligados ao diagnóstico da doença, tem-se a proporção de realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento, que foi de 30,1% em 2014. Observam-se também valores abaixo do alcançado pelo país em diversos estados, sendo os menores resultados obtidos no Tocantins (7,1%), Rio Grande do Norte (8,7%), Paraíba (9,3%), Acre (12,2%) e Rio de Janeiro (12,3%) (Tabela 1). Entre as capitais do país, a proporção de realização de cultura de escarro variou de 3,6% (Recife-PE) a 100,0% (Boa Vista-RR) (Tabela 2).

A testagem para HIV é uma recomendação do Ministério da Saúde voltada para todos os pacientes com tuberculose,⁵ priorizando o teste rápido. Isso se deve ao fato de as pessoas com HIV serem mais propensas a desenvolver a tuberculose ativa em comparação à população geral; frequentemente, o diagnóstico da infecção pelo HIV ocorre durante o curso da tuberculose.⁶ No Brasil, em 2014, 62,7% dos casos novos de tuberculose foram submetidos à testagem para

HIV (Tabela 1). Para esse mesmo ano, a meta preconizada na Agenda Estratégica do Ministério da Saúde era de 70,0%. Destacam-se os estados do Paraná (82,0%), Santa Catarina (80,5%) e Acre (80,3%) (Tabela 1) e as capitais Vitória-ES (85,8%), Curitiba-PR (85,7%) e Porto Alegre-RS (82,6%) com os maiores percentuais de realização de testagem para HIV entre as pessoas com tuberculose (Tabela 2).

Os resultados da testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose apontaram para a existência de 10,4% de pessoas com a coinfeção TB-HIV no Brasil, em 2014. A região Sul apresentou maior percentual de coinfectados (12,8%) (Tabela 1). Nessa região, estão as capitais que se destacaram com maiores percentuais da coinfeção TB-HIV: Porto Alegre-RS (28,0%), Curitiba-PR (22,0%) e Florianópolis-SC (20,4%) (Tabela 2).

A proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera de 85,0%, aliada a uma proporção de abandono de tratamento abaixo de 5,0% e à taxa de detecção acima de 70%, são fatores que possibilitam redução da incidência em torno de 5,0% a 10,0% ao ano, auxiliando no

controle de bacilos resistentes e da tuberculose no país.^{7,8}

A proporção de cura de tuberculose pulmonar bacilífera é um dos indicadores prioritários para o controle da tuberculose e consta no Plano Plurianual do Governo Federal (2012-2015).⁹ Em 2013, o resultado desse indicador foi de 72,5%, e alguns estados alcançaram valores acima do observado para o Brasil, com destaque para o Acre (87,3%), São Paulo (82,8%) e Paraná (79,2%). Por outro lado, observa-se que a proporção de abandono de tratamento dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera ainda se encontra acima de 5,0% em diversos estados, principalmente no Amazonas (15,9%), no Rio Grande do Sul (15,1%) e em Rondônia (14,0%) (Tabela 1).

Tuberculose drogarresistente

A implantação do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITE-TB), principal ferramenta responsável pela vigilância dos casos resistentes de tuberculose no Brasil, foi finalizada em julho de 2013. Atualmente, 229 unidades de referência secundárias e terciárias utilizam o sistema que permite notificar, acompanhar e encerrar os casos com tratamentos especiais, além de controlar a distribuição dos medicamentos utilizados para esse tipo de tratamento.

O SITE-TB permite a classificação dos casos de tuberculose em tuberculose monorresistente, multirresistente, polirresistente ou extensivamente resistente, o que não era possível antes de 2013 com o antigo sistema (Sistema TBMR). Antes notificavam-se apenas os casos com diagnóstico confirmado ou provável de multirresistência. Em 2014, no SITE-TB, foram notificados e acompanhados no sistema 260 casos novos de monorresistência (resistência a um fármaco antituberculose), 81 de polirresistência (resistência a dois ou mais fármacos antituberculose, exceto à associação de rifampicina-R e isoniazida-H), 374 de multirresistência (resistência a pelo menos R e H) e 56 casos de resistência extensiva (resistência a R e H, uma fluoroquinolona e um medicamento injetável de segunda linha). Ressalta-se que o número de casos multirresistentes diminuiu nesse último ano, em detrimento do aumento do número de casos que foram notificados como tuberculose monorresistente.

Avaliando-se os resultados de tratamento para os casos novos de tuberculose multirresistente

diagnosticados em 2012, observa-se que 58,0% curaram ou completaram o tratamento, 6,3% apresentaram falência ao tratamento, 17,7% abandonaram, 10,6% foram a óbito, 6,1% ainda estão em tratamento e 1,2% tiveram outros encerramentos. O elevado número de óbitos e de abandonos evidencia que é complexo o manejo clínico desses casos e que ainda são grandes os desafios para o controle da tuberculose resistente no país.

A tuberculose e o quesito raça/cor: conhecendo os grupos mais vulneráveis

A Política Nacional de Saúde da População Negra¹⁰ e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas¹¹ têm como propósito garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política.

Elas se inserem na dinâmica do Sistema Único de Saúde e destacam a utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão. Nesse contexto, olhar para a tuberculose segundo raça/cor pode trazer informações sobre a distribuição da doença nessas populações, apoiando estratégias para intervenção que considerem as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais.

Em 2014, 57,5% dos casos de tuberculose ocorreram na população negra, sendo 12,3% em pretos e 45,2% em pardos. Os indígenas representaram 1,1%, amarelos 0,7% e brancos 32,8%. A realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento foi maior na população branca (36,4%), e em seguida na preta (28,3%). Na população branca, 68,7% dos casos de tuberculose foram testados para o HIV, entretanto, apenas 54,1% dos indígenas realizaram o teste. O percentual de realização do tratamento diretamente observado foi maior entre os indígenas (68,8%) (Tabela 3).

Quanto ao percentual de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, observou-se que a população negra apresentou o menor percentual, sendo 65,7% para os pretos e 67,6% para pardos, aquém do observado para a população branca, na qual 73,5% dos casos foram curados. Já o percentual de abandono foi mais elevado na população preta (13,8%), seguida das pessoas da raça/cor parda (10,8%) e branca (9,4%) (Figura 3).

Tabela 3 – Indicadores operacionais para o acompanhamento do controle da tuberculose, segundo raça/cor. Brasil, 2013 e 2014

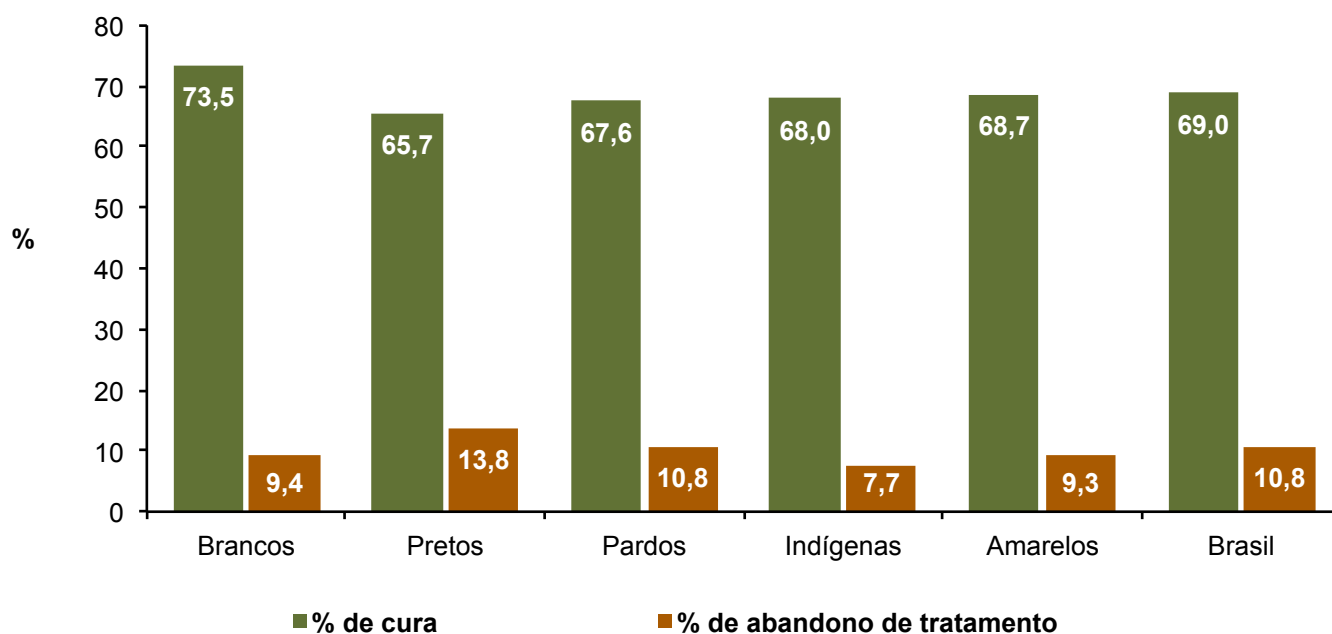
Indicadores operacionais (%)	Branços	Pretos	Pardos	Indígenas	Amarelos	Brasil
Realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento ^a	36,4	28,3	26,3	26,2	13,8	30,1
Realização de testagem para HIV ^a	68,7	62,9	59,8	54,1	63,2	62,7
TDO ^b realizado ^c	44,1	47,6	49,1	68,8	44,1	46,7

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados sujeitos a alteração.

^a Dados referentes ao ano de diagnóstico de 2014.

^b Tratamento diretamente observado.

^c Dados referentes ao ano de diagnóstico de 2013.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados sujeitos a alteração.

Figura 3 – Percentual de cura e de abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, segundo o quesito raça/cor. Brasil, 2013

Dados disponíveis na literatura referem taxas de incidência e de mortalidade nas populações negra e indígena maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral.^{10,11} A maior proporção de casos de tuberculose na população negra, bem como os resultados desfavoráveis dos indicadores operacionais para os não brancos sobre a realização de cultura e testagem para o HIV, sugerem barreiras de acesso aos serviços de saúde, além de possível determinação por suas piores condições de vida, moradia, trabalho, renda, educação e acesso a serviços públicos.^{11,12}

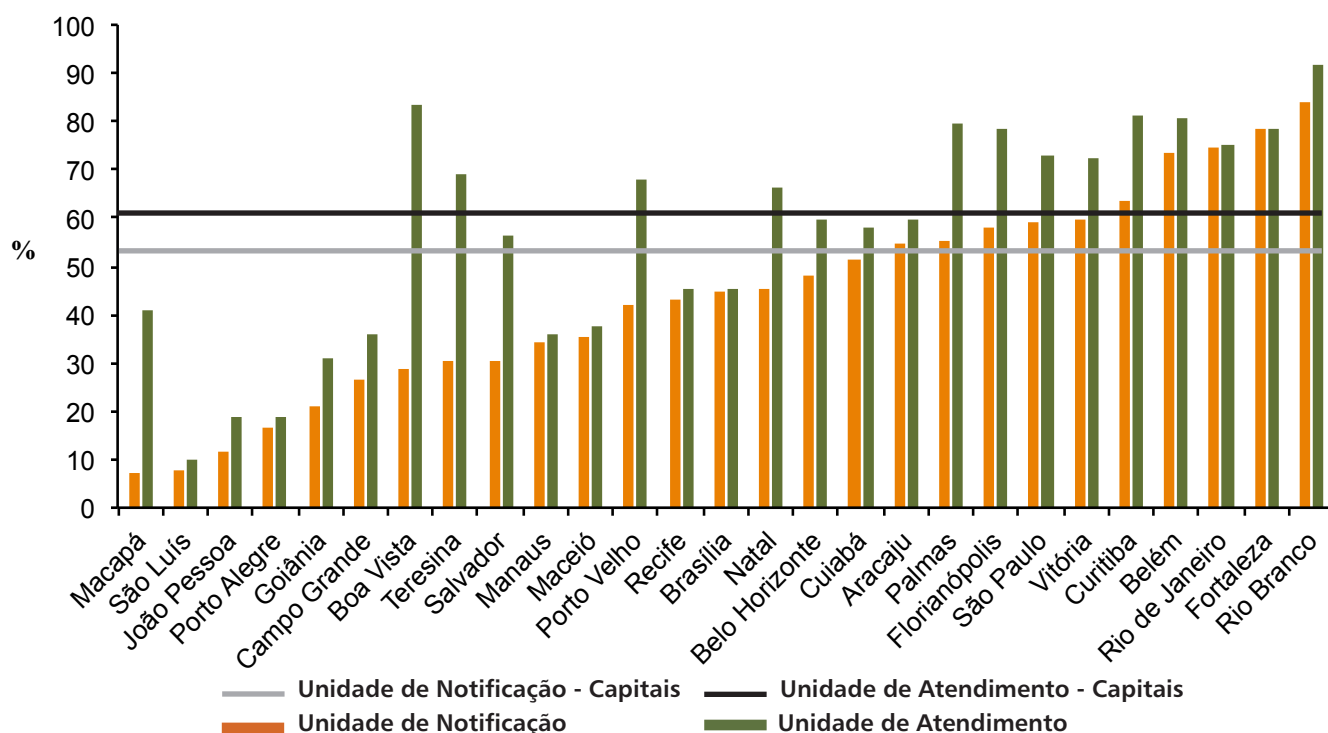
A tuberculose nas capitais brasileiras: em qual nível de atenção à saúde as pessoas com tuberculose são atendidas?

A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde e, uma vez que pressupõe contato próximo e vínculo com a população do território, deve possuir as condições de identificar sintomáticos respiratórios, fazer o diagnóstico da tuberculose pulmonar bacilífera e realizar o tratamento com esquema básico.¹³

Para desenvolver atenção integral, a Atenção Básica pode construir com o usuário um projeto

terapêutico que contemple suas especificidades, além de desenvolver parceria com diversos atores que atuam no território, sejam serviços de saúde, de assistência social ou outros. Por esses e outros benefícios, como a proximidade do local da residência do usuário, recomenda-se que os pacientes com tuberculose sejam assistidos na atenção básica.

Em 2013, 53,1% dos casos novos de tuberculose das capitais brasileiras foram notificados e 61,3% foram acompanhados por estabelecimentos de atenção primária em saúde (Figura 4), com destaque para Rio Branco-AC, com 83,8% dos casos notificados pela atenção básica e 91,4% dos casos acompanhados.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

*Dados sujeitos a alteração

1 Estabelecimento de saúde que realizou a notificação do caso de tuberculose.

2 Estabelecimento de saúde que realizou o último atendimento do caso de tuberculose.

Figura 4 – Proporção de casos novos de tuberculose segundo unidade de notificação¹ e de atendimento² de atenção primária nas capitais brasileiras, 2013

Atividades relacionadas ao tema da campanha do dia mundial de luta contra a tuberculose

Deteção precoce dos casos de tuberculose

Em 2014, algumas estratégias foram desenvolvidas visando aumentar a sensibilidade do sistema de vigilância da tuberculose e diagnosticar precocemente os casos. Destacam-se o desenvolvimento do projeto piloto “Driblando a Tuberculose” no município de São Paulo, o fortalecimento da rede diagnóstico da tuberculose, com ênfase para implantação da rede de teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), e ainda, a necessidade de intensificação do

rastreamento de casos de tuberculose nos presídios brasileiros, sendo aqui apresentado um trabalho que prioriza a rotina de busca ativa entre os ingressos e encarcerados no sistema penitenciário.

Driblando a tuberculose: um verdadeiro gol de placa

O projeto “Driblando a Tuberculose” é uma iniciativa da Parceria Brasileira contra a Tuberculose, do Ministério da Saúde (PNCT e Programa de Saúde na Escola) e das Secretarias de Saúde e da Educação do estado e do município de São Paulo. Adaptado da campanha *Kick TB*, realizada na África do Sul em 2010, o projeto tem como objetivo informar aos escolares da faixa

etária de 7 a 14 anos sobre a doença a partir da grande paixão nacional: o futebol.

Ao associar o espetáculo mundial do futebol, que teve sede no Brasil em 2014, às atividades de mobilização com atores de diferentes áreas de atuação, o projeto “Driblando a Tuberculose” amplia a divulgação sobre a doença, envolvendo as crianças das escolas selecionadas na disseminação dessas informações em suas respectivas comunidades.

Para isso, alunos, professores e profissionais de saúde participaram de palestras sobre diversos aspectos: sintomas, formas de prevenção, diagnóstico e tratamento. As questões sociais como o combate ao estigma e preconceito, a importância da adesão ao tratamento e do acolhimento ao doente também foram abordadas.

Na ocasião do lançamento do projeto, houve a participação de repórteres mirins que também são estudantes das escolas envolvidas. Eles realizaram entrevistas sobre o tema controle da tuberculose com os diversos parceiros presentes (Figura 5).

Bolas de futebol com mensagens sobre sintomas da tuberculose foram distribuídas nas escolas do município e apresentadas aos alunos por meio de atividades lúdicas desenvolvidas com os escolares, entre elas o jogo de futebol.

O projeto está em fase de expansão para todo o estado de São Paulo que, juntamente com o PNCT, elabora um plano de monitoramento e avaliação para medir resultados do projeto, bem como analisar a viabilidade de expansão do projeto para todo o país.



Figura 5 – Repórteres mirins realizando a cobertura do lançamento do projeto “Driblando a Tuberculose” em São Paulo

Rede de Teste Rápido para Tuberculose: seis meses de implantação

Visando um diagnóstico mais oportuno da tuberculose, além da identificação precoce da resistência à rifampicina, o Ministério da Saúde incorporou o TRM-TB, um método diagnóstico que apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 99%.¹⁴ O Ministério da Saúde adquiriu 160 equipamentos de TRM-TB, que serão

destinados a 150 laboratórios, distribuídos entre os 94 municípios que compõem a Rede de Teste Rápido para Tuberculose (RTR-TB). Todas as Unidades da Federação estão inseridas nessa rede. Para Pernambuco, por exemplo, foram destinados seis equipamentos de TRM-TB (Figura 6).

Houve a capacitação de 250 profissionais de laboratório sobre o uso dos equipamentos e de 35 monitores estaduais. Ademais, foram

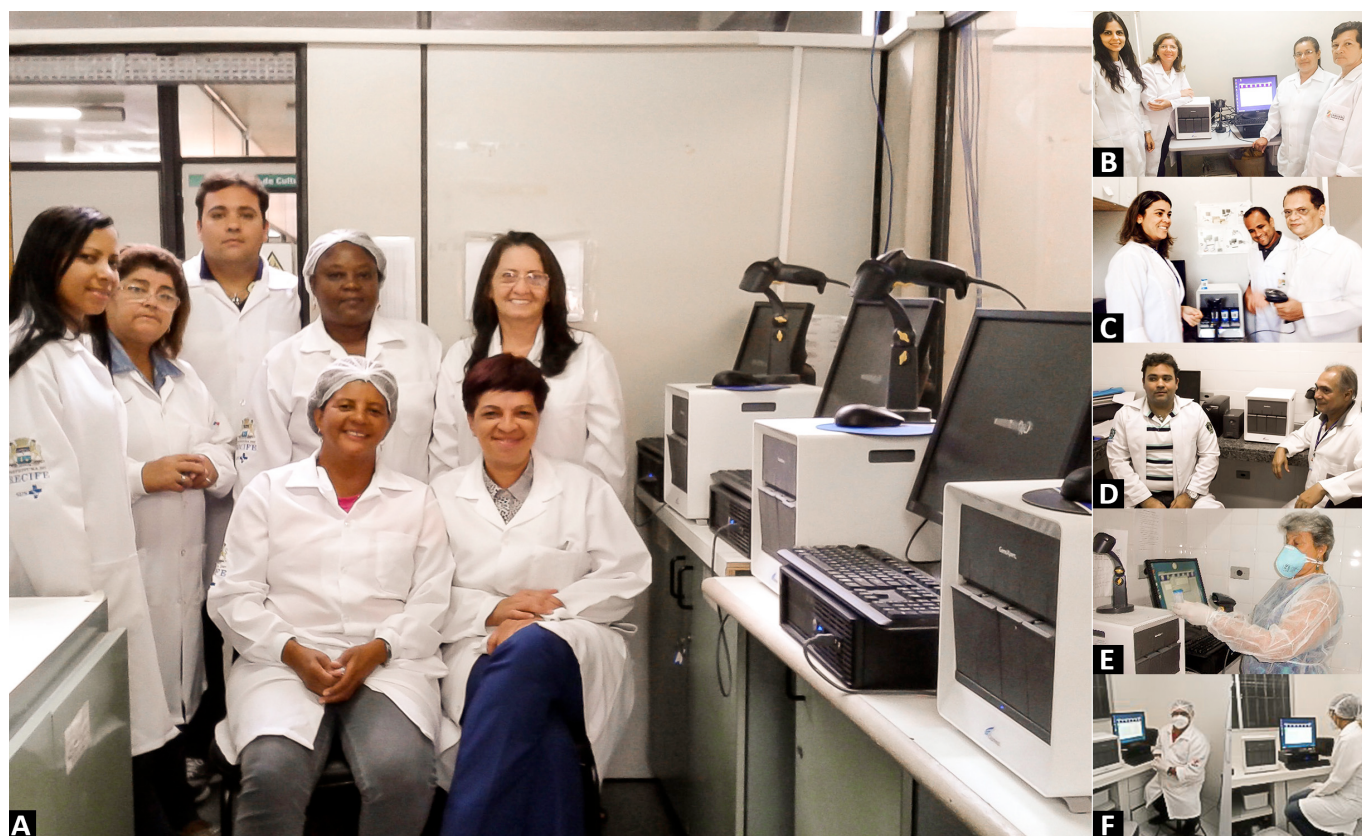


Figura 6 – Equipe Rede de Teste Rápido para Tuberculose do estado de Pernambuco. (a) Recife; (b) Caruaru; (c) Jaboatão dos Guararapes; (d) Abreu e Lima (COTEL); (e) Paulista; (f) Olinda

capacitados 3.800 profissionais de saúde sobre coleta de escarro, transporte de amostra, fluxo laboratorial e algoritmo para realização de exames de diagnóstico.

A implantação da RTR-TB teve início em julho de 2014, e até dezembro de 2014 já havia 70 municípios com equipamentos instalados.

O monitoramento da RTR-TB é realizado por meio da consolidação da produção mensal do teste e envio de relatórios pelos técnicos dos laboratórios que receberam equipamento de teste rápido, monitores estaduais que atuam nos Laboratórios Centrais e a equipe do PNCT. Os relatórios produzidos mensalmente servem de suporte para vigilância epidemiológica e laboratorial da tuberculose.

A partir desse monitoramento, foi possível observar que, no período de julho a dezembro de 2014, foram realizados 50.591 TRM-TB – em média, cerca de 8 mil testes por mês, sendo o mês de novembro aquele com maior número de testes realizados (Figura 7).

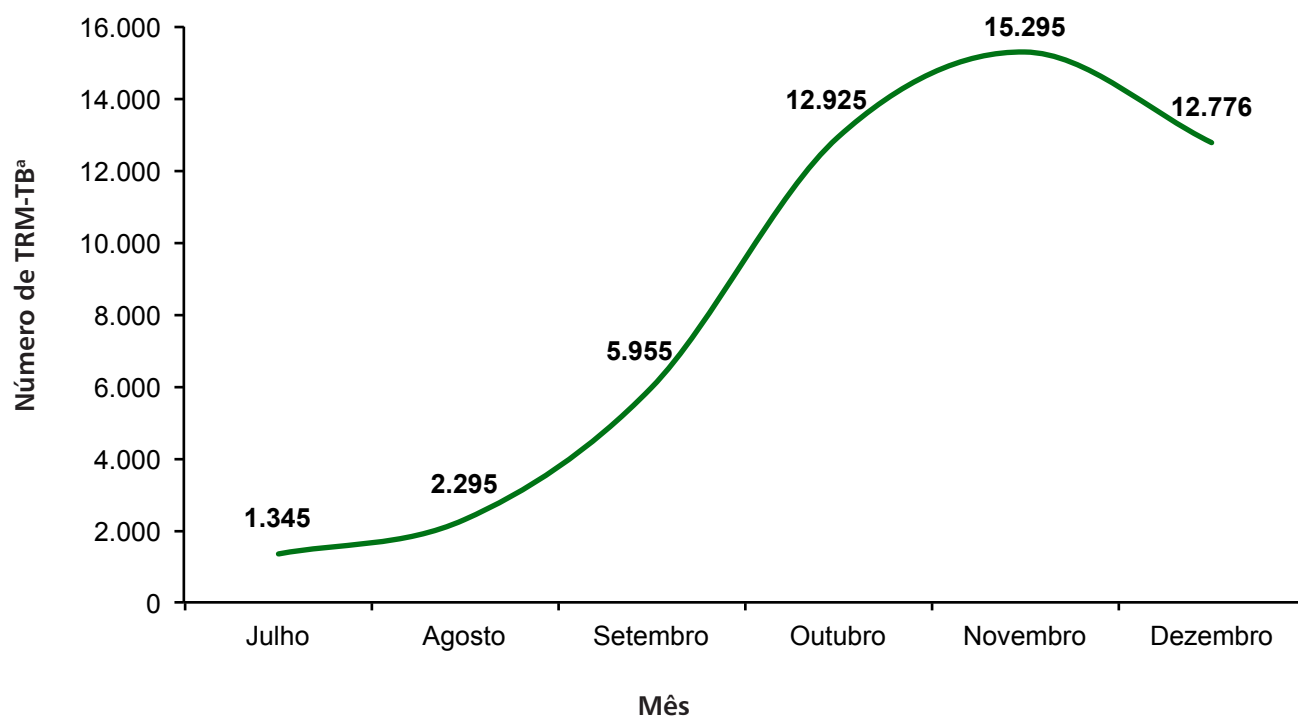
Para fortalecer o monitoramento da rede, sugere-se que as equipes locais utilizem o

Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) para registro da produção do laboratório, do Sinan e do SITE-TB para monitoramento da morbidade, o que servirá de base para o estabelecimento de estratégias de aprimoramento da vigilância epidemiológica.

Em dezembro de 2014, o Ministério da Saúde publicou Nota Informativa,¹⁵ recomendando a utilização do TRM-TB para adultos e crianças menores de 10 anos, além da possibilidade de utilização do equipamento para amostras de exames extrapulmonares, como líquido e amostras de gânglios e outros tecidos. Nessa nota também estão as recomendações voltadas às referências para o tratamento da tuberculose sobre como proceder diante de um resultado de TRM-TB que identifica resistência à rifampicina.

Baciloscopia e cultura de escarro: métodos diagnósticos que continuam presentes e fortalecidos no Brasil

A pesquisa do bacilo álcool-ácido-resistente (baciloscopia) é um método de baixo custo e amplamente utilizado em todo o mundo para o



Fonte: Laboratórios Centrais e Municipais da RTR-TB, 2014.
^a Teste Rápido Molecular para Tuberculose.

Figura 7 – Teste molecular rápido de tuberculose realizado para os possíveis casos novos. Rede de Teste Rápido para Tuberculose, Brasil, julho a dezembro, 2014

diagnóstico da tuberculose.¹⁶ No Brasil, mesmo com a implantação da RTR-TB, a baciloscopia continuará a ser utilizada para os casos em que o TRM-TB não pode ser usado, como amostras com quantidade insuficiente para processamento no equipamento e, principalmente, para o controle de tratamento. Como o TRM-TB detecta o DNA do bacilo, o teste pode ter resultado positivo por um prazo indefinido, não sendo possível, portanto, comprovar o resultado do tratamento. Diante disso, ressalta-se a importância da realização das baciloscopias durante o acompanhamento do tratamento.

A cultura de escarro com teste de sensibilidade antimicrobiana (TSA) deve ser realizada para todos os pacientes com TRM-TB positivo ou para os casos suspeitos de tuberculose em que será realizada a baciloscopia. Além disso, utiliza-se a cultura de escarro para todas as populações mais vulneráveis, independentemente do resultado desses dois testes.

O TSA deve ser realizado para comprovar a resistência à rifampicina detectada pelo TRM-TB e a resistência a outros fármacos. Nos locais onde

não se realiza o TRM-TB, a cultura de escarro e o TSA permitirão a identificação de todas as resistências.

A descentralização da cultura de escarro em um meio sólido – o método Ogawa-Kudoh – está em processo de ampliação. Essa técnica é de execução mais simples, não exigindo medidas avançadas de biossegurança e, por isso, pode ser realizada em municípios com menores condições de infraestrutura laboratorial. Diante de um resultado positivo, as colônias que se multiplicaram serão encaminhadas a um laboratório de referência para realização do TSA.

Em agosto de 2014, foi publicado em nota específica¹⁷ o fluxo de envio dessas amostras para quatro grandes laboratórios regionais (Laboratório Central de Saúde Pública do Ceará, Fundação Ezequiel Dias do Estado de Minas Gerais, Instituto Adolfo Lutz do Estado de São Paulo e Centro de Referência Professor Hélio Fraga). Além disso, estão sendo planejadas ações para ampliação da realização de cultura automatizada que já é realizada em 13 estados brasileiros.

Aprimoramento da detecção de casos de tuberculose em presídios

No Brasil, a população privada de liberdade (PPL) apresentou, em 2013, coeficiente de incidência de 985,3/100 mil hab. Em 2014, com o objetivo de fortalecer as ações de controle da tuberculose no sistema prisional, foi iniciada a implementação de atividades para o rastreamento de casos de tuberculose em alguns presídios no Brasil, utilizando o TRM-TB. Segundo critérios epidemiológicos e operacionais definidos em conjunto com os estados, sete municípios receberam o equipamento para ser utilizado no diagnóstico de tuberculose na população privada de liberdade (PPL).

Além disso, em 2013 o Brasil teve um projeto aprovado com objetivo de aumentar a detecção de casos de tuberculose no país entre a PPL, pelo *TB Reach*, que é uma estrutura do *Stop TB Partnership*. Esse projeto será implementado em três municípios – Porto Alegre-RS, Charqueadas-RS e Rio de Janeiro-RJ –, sendo que Porto Alegre já iniciou as atividades.

Com o apoio desse projeto, o Presídio Central de Porto Alegre-RS investiga a presença dos principais sintomas da doença em sua porta de entrada (Figura 8) e oferece o exame de raio X de tórax para todos, inclusive para os já encarcerados. Para aqueles que apresentam resultado de raio X de tórax suspeito ou tosse, são realizados o TRM-TB e a cultura no laboratório do presídio. Com essa rotina, é possível identificar a tuberculose precocemente e evitar que o bacilo seja transmitido para a comunidade interna e externa do presídio.

De outubro a dezembro de 2014, a equipe de saúde do presídio realizou 1.845 exames de raio X de tórax e foram coletadas amostras de escarro para exames de 237 presos.

A presença de um laboratório dentro do presídio, além do estabelecimento de rotina e de fluxos, fortalece as atividades de controle da tuberculose nesse espaço. Adicionalmente, são desenvolvidas ações de educação em saúde no Presídio Central de Porto Alegre, o que pode contribuir na melhoria da captação de casos de tuberculose e reduzir a propagação da doença dentro e fora do presídio.



Figura 8 – Investigação de tuberculose na porta de entrada do Presídio Central de Porto Alegre-RS

Estratégias para acesso ao tratamento e alcance da cura da tuberculose

As estratégias para melhoria do acesso ao tratamento e o alcance da cura precisam estar em consonância com as abordagens relacionadas à adesão ao tratamento, como abordagem ao estigma, ao suporte social e à necessidade do desenvolvimento de ações em parceria com áreas fora do setor saúde. Nesse contexto, a criação da frente parlamentar global de luta contra a tuberculose e a atuação dos países do BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) liderando discussões sobre acesso universal fortalecem a necessidade de ações colaborativas, em âmbito nacional e internacional, para o enfrentamento da doença.

O setor saúde, por sua vez, busca implementar as ações por meio da incorporação de novas tecnologias e práticas, estabelecimento de protocolos clínicos e de linhas de cuidado. No caso do controle da tuberculose, destacam-se: a discussão com parceiros dos PECT e PMCT a fim de traçar estratégias para ampliar a adesão ao tratamento; o aprimoramento do manejo clínico da coinfeção TB-HIV; a incorporação dos medicamentos em dose fixa combinada para o tratamento da doença; e a necessidade de incentivos para adesão ao tratamento.

Oficina sobre estratégias para ampliar a adesão ao tratamento: entendendo os entraves, buscando soluções

Reconhecendo-se que a adesão das pessoas ao tratamento da tuberculose ocorre por meio da utilização de um conjunto de estratégias combinadas e não excludentes, e que o profissional de saúde tem total autonomia para desenvolver e adaptar estratégias de acordo com as especificidades locais, foi realizada uma oficina sobre estratégias de adesão ao tratamento da tuberculose com três estados selecionados: Bahia, Piauí e Pernambuco.

Vale destacar que, para entender os entraves e para buscar soluções, as discussões objetivaram o aumento da cura e a diminuição do abandono, por meio da utilização de estratégias de adesão ao tratamento da tuberculose, tais como: tratamento diretamente observado, projeto terapêutico singular, suporte nutricional e benefícios sociais.

Na oficina, foi possível elencar os principais desafios que comprometem a adesão ao tratamento e elencadas também as propostas de

atividades a serem desenvolvidas para promover o cuidado qualificado e a cura da doença.

O produto final foi enviado aos participantes para que as atividades pudessem ser incorporadas ao planejamento dos PECT, PMCT, Unidades Básicas de Saúde e Estratégias Saúde da Família, de acordo com a realidade de cada local.

Para 2015, mais duas oficinas estão programadas de forma a contemplar os demais estados prioritários.

Incentivos sociais nos municípios prioritários: estratégias diversas para ampliar a adesão ao tratamento

A nova estratégia de controle da tuberculose pós-2015 da OMS, em seu segundo pilar, recomenda estratégias de proteção social específicas para os casos da doença, tais como auxílio alimentação e transporte gratuito.¹⁸

Dos 181 municípios prioritários para o controle da tuberculose no Brasil, 81 (44,8%) informaram disponibilizar de um ou mais tipos de benefício social ou incentivo de adesão ao tratamento da tuberculose. Em relação ao tipo de benefício/incentivo, 73 municípios disponibilizam algum tipo de auxílio-alimentação, em sua maioria cestas básicas; 33 municípios oferecem auxílio-transporte; e 20 municípios possuem lanche para incentivar a realização do tratamento diretamente observado. Vale ressaltar que nem todos os benefícios/incentivos são ofertados para todos os casos de tuberculose dos municípios e foram registradas discontinuidades na oferta deles.

Em Campo Grande-MS, por exemplo, são ofertados vales-transporte (Figura 9) e cestas básicas como incentivos ao tratamento de tuberculose ou hanseníase desde 2009. A oferta é feita a partir de uma avaliação da condição socioeconômica do usuário.

Manejo clínico do paciente com coinfeção TB-HIV: integrando os serviços para aprimorar o cuidado

A tuberculose é a primeira causa de morte entre as doenças infecciosas definidas dos pacientes com aids. As pessoas com coinfeção TB-HIV requerem atenção especial em todos os níveis de saúde. É necessário garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento oportunos aos casos coinfectados, bem como a oferta de teste rápido para HIV a todos os pacientes com tuberculose.



Figura 9 – Entrega de vale-transporte como incentivo para aumento da adesão ao tratamento da tuberculose em Campo Grande-MS

Como medida de priorização para o controle da coinfeção TB-HIV por parte dos estados, o Ministério da Saúde realizou em abril de 2014 uma oficina sobre coinfeção TB-HIV com representantes dos programas de tuberculose e HIV de todas as Unidades da Federação, sendo elaborado um documento intitulado “A Carta de Brasília”.¹⁹ Nela, recomenda-se às Coordenações Estaduais de Tuberculose e de DST/Aids a criação de Grupos de Trabalho Estaduais de TB-HIV, com o objetivo de estabelecer ações integradas para a implementação de atividades colaborativas TB-HIV.

As prioridades que deverão ser abordadas pelos grupos de trabalho são: testagem para HIV para todas as pessoas com tuberculose; rastreamento de tuberculose em todas as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA); tratamento antirretroviral oportuno para todos os coinfectados TB-HIV; promoção da adesão ao tratamento de ambas as doenças; e diagnóstico e tratamento da infecção latente da tuberculose.

Frente global parlamentar: uma agenda política na luta contra a tuberculose

Em 2012, o Congresso Nacional estabeleceu a Frente Parlamentar de Luta contra a Tuberculose.

A inserção do tema na agenda dos parlamentares foi uma importante estratégia para o controle da tuberculose no país, contribuindo para visibilidade da discussão sobre a doença e suas implicações sociais. Essa Frente Parlamentar tem buscado aperfeiçoamento da legislação relacionada à saúde e assistência social e dialoga constantemente com as organizações da sociedade civil que militam no tema.

Em 2014, houve a primeira Reunião Global de Parlamentares para o Enfrentamento da Tuberculose, na Espanha. Nessa reunião, parlamentares de sete países do mundo elaboraram a Declaração de Barcelona, posteriormente assinada por representantes dos Parlamentos do Brasil, Bélgica, Canadá, França, Croácia, Quênia, Índia, África do Sul, Argentina, Espanha, Suíça, Austrália, Tanzânia, Reino Unido, Zimbábue e Estados Unidos.

A declaração traz uma visão mais clara do papel a ser exercido pelos parlamentares na luta contra a tuberculose, que ainda é um problema de saúde mundial. Para fazer cumprir a declaração e a execução das ações, foi criada uma Frente Parlamentar Global de Enfrentamento da Tuberculose. Por meio dela, as autoridades se comprometeram a trabalhar em conjunto para

priorizar o controle da tuberculose nas agendas políticas de todos os países envolvidos.

Atuação do BRICS: inovação e cooperação para o controle da tuberculose no mundo

Em consonância com os novos desafios globais para o controle da tuberculose, o Brasil propôs aos países do BRICS um plano de cooperação para o controle da tuberculose, abrangendo transferência de tecnologia, produção de insumos, pesquisa científica, inovação e o estabelecimento de metas em comum.

Um dos objetivos da proposta é a compra conjunta de matéria-prima para a produção de medicamentos de primeira linha de tratamento para o controle da tuberculose nos países de média e baixa renda. Ações como essa promovem o acesso universal ao tratamento gratuito para os pacientes desses países, contribuindo sobremaneira para o controle da tuberculose no mundo.

Instrução Operacional Conjunta: integração entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Como produto das articulações intersetoriais e de acordo com as recomendações do relatório sobre as doenças relacionadas à pobreza, da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, foi assinada, em setembro de 2014, a Instrução Operacional Conjunta, do Ministério da Saúde e do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que estabelece orientações gerais sobre a tuberculose e as formas de contribuição dos serviços socioassistenciais para o controle da doença no país.

O documento tem como objetivo orientar os serviços socioassistenciais sobre a tuberculose, ofertando acesso à saúde e proteção social ao paciente, de forma que seus direitos sejam exercidos, desconstruindo barreiras impostas pelo preconceito e pelo estigma. A instrução traz diretrizes para atuação conjunta das redes socioassistencial e da saúde, bem como da gestão local, orientando os profissionais nas ações de vigilância da tuberculose.

Além disso, reflete a necessidade de atuação mais efetiva junto aos parceiros nas ações destinadas ao controle da tuberculose, cuja

solução vai além do setor saúde, como ressaltado na Resolução Nº 444 de julho de 2011²⁰ e nas recomendações do Relatório da Subcomissão Especial.²¹ Esses documentos tratam da necessidade de articulação entre a Saúde e a Assistência Social para garantir o acesso aos serviços e adesão ao tratamento, principalmente para as pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Ações contingenciais de vigilância, prevenção e controle da tuberculose

Em 2013, foi realizado um repasse financeiro de R\$ 16,2 milhões²² do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde de 12 municípios para implantação e implementação de ações contingenciais de vigilância, prevenção e controle da tuberculose. No decorrer de 2014, diversas atividades, com foco principal na adesão ao tratamento e nas populações mais vulneráveis, passaram a ser desenvolvidas nesses locais.

Como exemplos de ações inovadoras, frutos de tal repasse, há as experiências de Belém-PA, Manaus-AM e Guarulhos-SP. Na primeira cidade, o recurso foi utilizado para ampliação das ações de controle da tuberculose em conjunto com os equipamentos da assistência social, com foco especialmente na população em situação de rua. Em Manaus-AM, as ações tiveram como foco principal a ampliação do diagnóstico da tuberculose na população indígena que vive às margens dos rios Cuieiras e Tarumã-Açu. Já em Guarulhos-SP, as ações desenvolvidas envolveram população migrante e pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com fortalecimento de ações de busca ativa e adesão ao tratamento.

Pensando no futuro: novas perspectivas

Ainda em 2015 será publicada a nova edição do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. A revisão do manual está sendo elaborada por meio de grupos de trabalho formados por parceiros com expertise em cada tema abordado na publicação, além do apoio do Comitê Técnico Assessor do PNCT.

A nova edição desse Manual tem como principais novidades a incorporação do TRM-TB e a atualização das estratégias de adesão e de tratamento dos casos especiais da tuberculose.

Nesse sentido, novos medicamentos estão sendo avaliados para possíveis incorporações, como a rifapentina e a bedaquilina.

A rifapentina pertence à família das rifamicinas. Deve ser utilizada em associação com a isoniazida para o tratamento da infecção latente da tuberculose (ILTb) e reduz o tempo de tratamento da ILTB de seis para quatro meses, com uso diário da medicação, perfazendo 12 doses semanais. A redução do tempo de tratamento pode contribuir para o aumento da adesão e, conseqüentemente, auxiliar na prevenção de casos de tuberculose.

A bedaquilina, por sua vez, é o primeiro novo fármaco, em mais de 40 anos, produzido especificamente para tuberculose, tendo sido aprovado pelo *Food and Drug Administration* em 2012 e pela OMS em 2013. Representa um importante medicamento para incorporação no tratamento da tuberculose com resistência extensiva, em que as possibilidades terapêuticas ainda são limitadas.

Outras possibilidades, ainda em avaliação pelo Ministério da Saúde, são a produção nacional do Derivado Proteico Purificado (PPD) e a incorporação do IGRA (Quantiferon), ambas as tecnologias utilizadas principalmente para o diagnóstico da ILTB.

Conclusão

A tuberculose continua sendo um desafio a ser superado pelo Brasil. Apesar das reduções nos coeficientes de incidência e de mortalidade, a doença ainda é endêmica no país, se concentrando em grandes centros urbanos, nos aglomerados populacionais e, sobretudo, em populações mais vulneráveis, como a população privada de liberdade. Registre-se ainda a tuberculose resistente aos fármacos, importante devido às altas proporções de abandono de tratamento.

Referências

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2015 Feb 20]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
2. World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 [Internet]. Geneva:

Os resultados dos indicadores operacionais demonstram a qualidade dos serviços prestados à pessoa com tuberculose e podem nortear as estratégias planejadas. Os percentuais de desfecho de tratamento hoje alcançados refletem um dos maiores desafios para o controle da doença: a adesão ao tratamento. Cabe ressaltar a necessidade de ampliação do acesso à testagem para HIV, priorizando-se o teste rápido, e também do acesso à realização de cultura de escarro, que aumenta a identificação da tuberculose ativa, e, aliado ao teste de sensibilidade antimicrobiana, pode identificar a resistência aos fármacos. Esses constituem passos importantes para o manejo clínico adequado e para o controle da tuberculose no país.

Desta forma, os desafios contemporâneos impostos pela tuberculose estimulam o Brasil a trabalhar no sentido de incorporar novas tecnologias, como é o caso da implantação da RTR-Tb e do uso de novos fármacos, e criar ações que visem promover o acesso de toda a população ao diagnóstico em tempo apropriado e tratamento de qualidade, contemplando os determinantes sociais.

Sendo assim, em conjunto com seus parceiros, o PNCT tem buscado novas estratégias a fim de atender os amplos desafios impostos pela tuberculose no país e de alcançar a detecção, tratamento e cura de todos os casos.

Agradecimentos

Aos Programas Estaduais e Municipais de Controle da Tuberculose, por realizarem a classificação dos estabelecimentos de saúde das capitais segundo o nível de atenção (primária, secundária e terciária).

Aos monitores e técnicos de laboratórios da Rede de Teste Rápido Molecular de Tuberculose, por reportarem mensalmente a produção de testes em seus municípios.

- World Health Organization; 2013 Dec [cited 2015 Feb 12]. Available from: http://www.who.int/tb/post2015_tbstrategy.pdf
3. Stop TB Partnership. World TB Day 2015: “Reach the 3 million: reach, treat, cure everyone” [Internet]. 2015 [cited 2015 Feb 12]. Available from: http://www.stoptb.org/events/world_tb_day/2015/

4. World Health Organization. The Stop TB Strategy: vision, goal, objectives and targets [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2015 Feb 12]. Available from: http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/en/
5. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV [Internet]. 2014 [citado 2015 fev 12]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-infeccao-pelo-hiv>
6. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Dye C, Bassili A, Bierrenbach AL, Broekmans JF, Chadha VK, Glaziou P, et al. Measuring tuberculosis burden, trends and the impact of control programmes: supporting online material [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 25]. Available from: http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/meetings/lid_measuring_tb_burden_supportingmaterial.pdf
8. Dye C. Rompiendo una ley: la tuberculosis desobedece la regla de Styblo. Bol Organ Mund Salud [Internet]. 2008 ene [citado 2015 fev 25];86(1):1-80. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/1/07-049510/en/>
9. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Plano Mais Brasil PPA 2012-201: relatório de comunicação à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização do Congresso Nacional (CMO) [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2013 [citado 2015 fev 12]. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/Atualizacao_do_PPA_2012_2015.pdf
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o SUS [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2015 fev 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf
11. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 2015 fev 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
12. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (BR). Racismo como determinante social de saúde [Internet]. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2011 [citado 2015 fev 19]. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/publicacoes/racismo-como-determinante-social-de-saude>
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2015 fev 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf
14. World Health Organization. Automated real-time nucleic acid amplification technology for rapid and simultaneous detection of tuberculosis and rifampicin resistance: Xpert MTB/RIF assay for the diagnosis of pulmonary and extrapulmonary TB in adults and children: policy update. Geneva: World Health Organization; 2013.
15. Ministério da Saúde (BR). Recomendações sobre o diagnóstico da tuberculose por meio do teste rápido molecular para tuberculose: nota informativa nº 9. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
16. Ministério da Saúde (BR). Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
17. Ministério da Saúde (BR). Cultura e teste de sensibilidade automatizados das amostras com resultado positivo para tuberculose e com resistência à rifampicina no teste rápido molecular para tuberculose: Ofício Circular nº15. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

18. World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2015 Feb 12]. Disponível em: http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf?ua=1
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle de Tuberculose. Carta de Brasília sobre as atividades colaborativas entre tuberculose e HIV/AIDS no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2015 fev 3]. Disponível em: <http://blogdatuberculose.blogspot.com.br/>
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 444, de 6 de julho de 2011 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2015 fev 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0444_06_07_2011.html
21. BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Seguridade Social e Família. Subcomissão especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza [Internet]. Brasília: Câmara dos Deputados; 2013 [citado 2015 fev 19]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/conheca-a-comissao/subcomissoes/relatorios-de-subcomissoes/relatorio-final-da-subcomissao-subpob>
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.110, de 17 de dezembro de 2013. Autoriza o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios com alta carga da doença para implantação/implementação de ações contingenciais de vigilância, prevenção e controle da tuberculose. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 2013 dez 18; Seção 1:108. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3110_17_12_2013