

Tuberculose, população indígena e determinantes sociais

Introdução

No Brasil, a população indígena representa 0,4% da população, fala 274 línguas, é composta por 305 etnias e vive em 80,5% dos municípios brasileiros.¹ Entre os indígenas, a incidência de tuberculose corresponde a 1,1% de todos os casos notificados no país, sendo 67 municípios responsáveis por 79,8% dos casos de tuberculose notificados na população indígena residente em área rural.²

Em 2012, esses 67 municípios foram priorizados pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (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).

Com este Boletim Epidemiológico, o PNCT tem o objetivo de apresentar o perfil epidemiológico da tuberculose (TB) na população indígena e os indicadores operacionais do controle da doença. Além disso, é apresentada uma análise do relacionamento entre as bases de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) com a do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e da folha de pagamento do Programa Bolsa Família (PBF) – vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Trata-se de um estudo descritivo a partir do número de casos e de óbitos por tuberculose na população indígena, no período de 2004 a 2013. As variáveis utilizadas foram: zona de residência, faixa etária, sexo, alcoolismo, forma clínica da doença, testagem para HIV, cultura de escarro, baciloscopia, tratamento diretamente observado e situação de encerramento.

Para construção dos indicadores relacionados à morbidade, foi utilizada a base de dados do Sinan obtida a partir da consolidação das bases encaminhadas pelos PECT das 27 Unidades Federadas (UF) durante o mês de maio de

2014. Para análise dos indicadores relacionados à mortalidade, foi utilizado o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). O número de casos de tuberculose drogarr resistente e os dados sobre outros esquemas especiais de tratamento foram obtidos no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITETB).

Organização dos serviços de saúde e sociais para população indígena

Os serviços de saúde e sociais para população indígena são de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Justiça (MJ), por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai/MS) e da Fundação Nacional do Índio (Funai/MJ), respectivamente. Para execução dos serviços, existem 34 DSEI e 37 Coordenações Regionais da Funai (CR-Funai), que trabalham em parceria com os estados e municípios. O MDS também mobiliza esforços na priorização de políticas de proteção social voltadas para essa população em parceria com o MS e o MJ.³

Para as ações de controle da tuberculose desenvolvidas nas aldeias, os indígenas contam com as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), que atuam conforme as atribuições da atenção básica. Além disso, os DSEI possuem responsáveis técnicos pelo controle da tuberculose (RT-TB) que trabalham em articulação com os PECT e PMCT para as ações de controle da doença.

O PNCT e os PECT e PMCT atuam em articulação com a Sesai (sede) e os 34 DSEI do país para o controle da tuberculose nas áreas indígenas. Nos municípios, as ações de controle da tuberculose são desenvolvidas pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da atenção básica, secundária e terciária.

Aspectos epidemiológicos e operacionais do controle da tuberculose na população indígena

Para embasar o planejamento de estratégias voltadas para o controle da tuberculose na população indígena, alguns indicadores são analisados, com o intuito de se conhecer o perfil

.....

dos casos e as ações de controle da tuberculose prestadas a essa população.

Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena

Morbidade

No ano de 2010, o coeficiente de incidência (CI) de tuberculose na população indígena foi de 94,9/100 mil habitantes (hab.), valor 2,5 vezes maior quando comparado ao CI de tuberculose da população geral que, naquele ano, foi de 37,6/100 mil hab. Esse resultado indica que a população indígena é mais vulnerável ao adoecimento por tuberculose.

No período entre 2004 e 2013, foram diagnosticados e notificados, em média, 755 casos novos de tuberculose na população indígena. Nesse período, os anos com mais casos novos diagnosticados e notificados foram 2007, 2011 e 2013, com 830, 869 e 805 casos, respectivamente.

No Brasil, as populações definidas pelo PNCT como mais vulneráveis à tuberculose são: população indígena, população privada de liberdade, população em situação de rua e pessoas vivendo com HIV/aids. Em 2013, do total de casos diagnosticados, foram registrados dois (0,2%) casos de tuberculose em indígenas em situação de rua e 15 (1,9%) casos em indígenas privados de liberdade, sendo um caso de coinfeção TB-HIV em indígena em

situação de rua e três casos de coinfeção TB-HIV em indígenas privados de liberdade. Além disso, foram diagnosticados 32 (4,0%) casos de coinfeção TB-HIV em indígenas que não se encontram em situação de rua e/ou privados de liberdade.

Vale salientar que, atualmente, a ficha de investigação (FI) de tuberculose não possui a variável que aponta se o indivíduo vive em situação de rua; dessa forma, a análise desse dado fica comprometida. Para elaboração do presente Boletim Epidemiológico, foi realizada uma busca a partir do endereço de residência do paciente, a fim de encontrar o registro “situação de rua”. A nova versão da FI de tuberculose contemplará a variável “populações especiais”, com a categoria “população em situação de rua”, entre outras.

No que diz respeito à zona de residência, observa-se, que no período entre 2004 e 2013, houve uma variação de 52% a 70,3% na proporção de casos de tuberculose entre os indígenas que residem em área rural (Figura 1). Esse dado representa o valor mais próximo do total de casos entre os indígenas aldeados.

Assim como acontece na população geral brasileira, os indígenas do sexo masculino apresentam maior risco de adoecer por tuberculose quando comparados aos indígenas do sexo feminino. Em 2010, o coeficiente de incidência de tuberculose na população indígena masculina foi de 112,2/100 hab. e na população

© 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 Maria Feitosa Brito, Carlos Augusto Vaz de Souza, Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques, Deborah Carvalho Malta, Fábio Caldas de Mesquita, Marcus Vinicius Quito, Elisete Duarte, Geraldo da Silva Ferreira, Eunice de Lima, Carlos Estênio Freire Brasilino.

Equipe Editorial

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Fábio Moherdau (Editor Científico), Ana Laura de Sene Amâncio Zara (Editora Assistente), Izabel Lucena Gadioli (Editora Assistente).

Colaboradores

Ana Cecília Paranaguá Fraga (CGPNCT/DEVIT/SVS), Ana Wieczorek Torrens (CGPNCT/DEVIT/SVS), Andrea de Paula Lobo (CGPNCT/DEVIT/SVS), Cristiane Angeli David (CGPNCT/DEVIT/SVS), Draurio Barreira (CGPNCT/DEVIT/SVS), Fabio Moherdau (CGPNCT/DEVIT/SVS), Fernanda Dockhorn Costa (CGPNCT/DEVIT/SVS), Tatiana Eustáquia Magalhães de Pinho Melo (CGPNCT/DEVIT/SVS), Vânia Camargo da Costa (CGPNCT/DEVIT/SVS).

Projeto gráfico e distribuição eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Revisão de texto

Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/SVS)

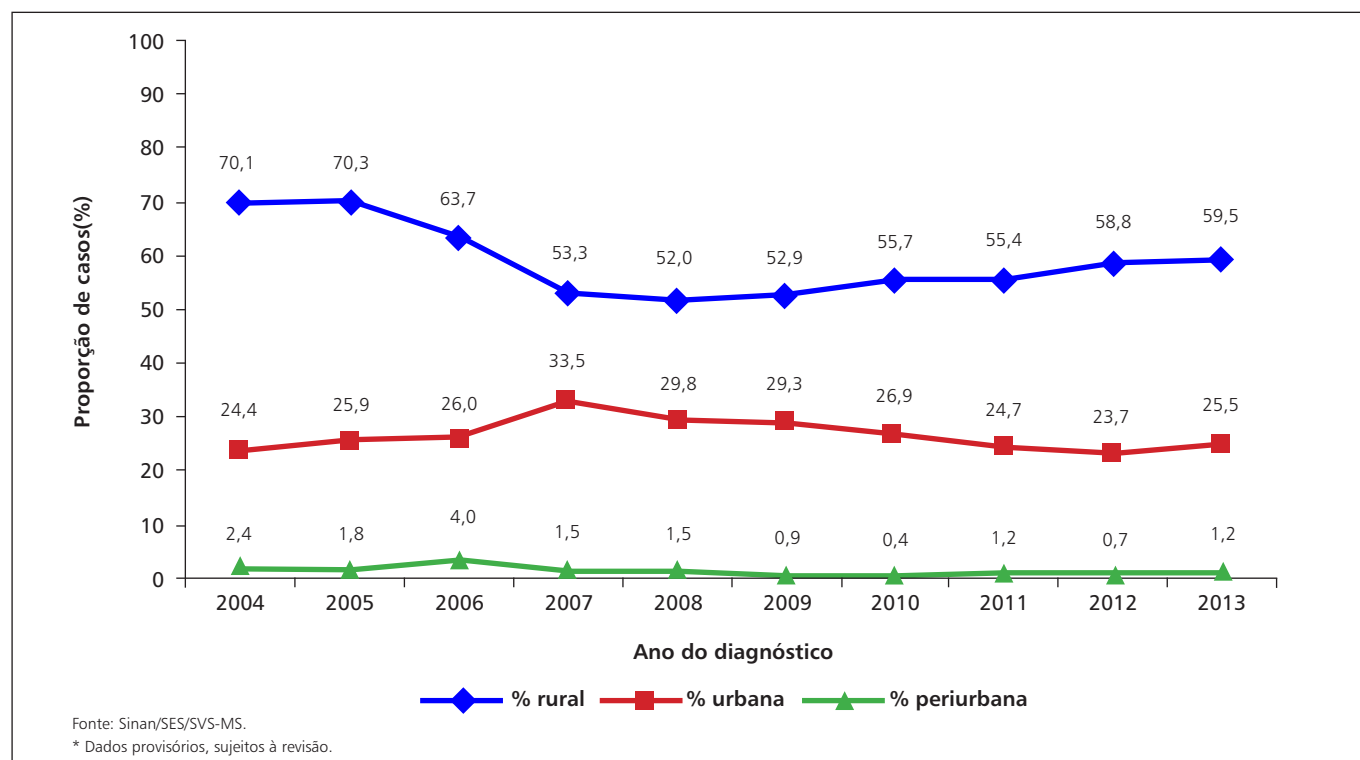


Figura 1 – Proporção de casos de tuberculose na população indígena segundo zona de residência. Brasil, 2004 a 2013*

feminina esse coeficiente foi de 77,4/100 mil hab. No mundo, a tuberculose é mais prevalente em homens que em mulheres.⁴

Em relação à distribuição etária dos casos de tuberculose na população indígena, observa-se que a contribuição relativa dos indivíduos com idade de 20 a 39 anos se manteve estável no período de 2004 a 2013 (Figura 2). Salienta-se uma redução da contribuição da faixa etária de zero a 9 anos de idade, que em 2004 representava 14,1% do total de casos e, em 2013, 8,2%. Vale salientar a dificuldade do diagnóstico da tuberculose em crianças e que alguns fatores podem estar relacionados à ocorrência de doença nessa população, entre eles a influência das parasitoses intestinais, da anemia e da desnutrição na resposta imune, bem como a contribuição de determinantes sociais.⁵

Destaca-se ainda que o diagnóstico da tuberculose em crianças apresenta especificidades. A forma pulmonar nas crianças é diferente da que acomete os adultos, pois costuma ser negativa ao exame bacteriológico. Além disso, as crianças em geral não são capazes de expectorar.⁶

No que diz respeito à forma clínica da doença, observa-se que a tuberculose pulmonar é a mais

frequente ao longo dos anos, representando cerca de 90% em todo o período da série. Entre o total de casos de tuberculose pulmonar, a bacilífera representou 48,5% e 58,2% nos anos de 2004 e 2013, respectivamente (Figura 3).

Em relação aos casos de tuberculose drogarresistente (TBDR), em 2013, foram notificados e acompanhados no SITETB quatro casos de TBDR na população indígena, sendo dois casos (50%) de monorresistência (resistência a um fármaco antituberculose), um caso (25%) de multirresistência (resistência a pelo menos rifampicina e isoniazida) e um caso (25%) de polirresistência (resistência a dois ou mais fármacos antituberculose, exceto à associação rifampicina e isoniazida). Além disso, houve também a notificação de três casos com indicação de uso de esquemas especiais em decorrência de hepatotoxicidade ou alterações renais.

Na população indígena, a TBDR configura-se como um desafio, considerando-se que grande parte das aldeias está localizada em áreas rurais de difícil acesso, distante das referências de tuberculose (secundárias ou terciárias), onde ocorre o tratamento e o acompanhamento dos casos especiais.

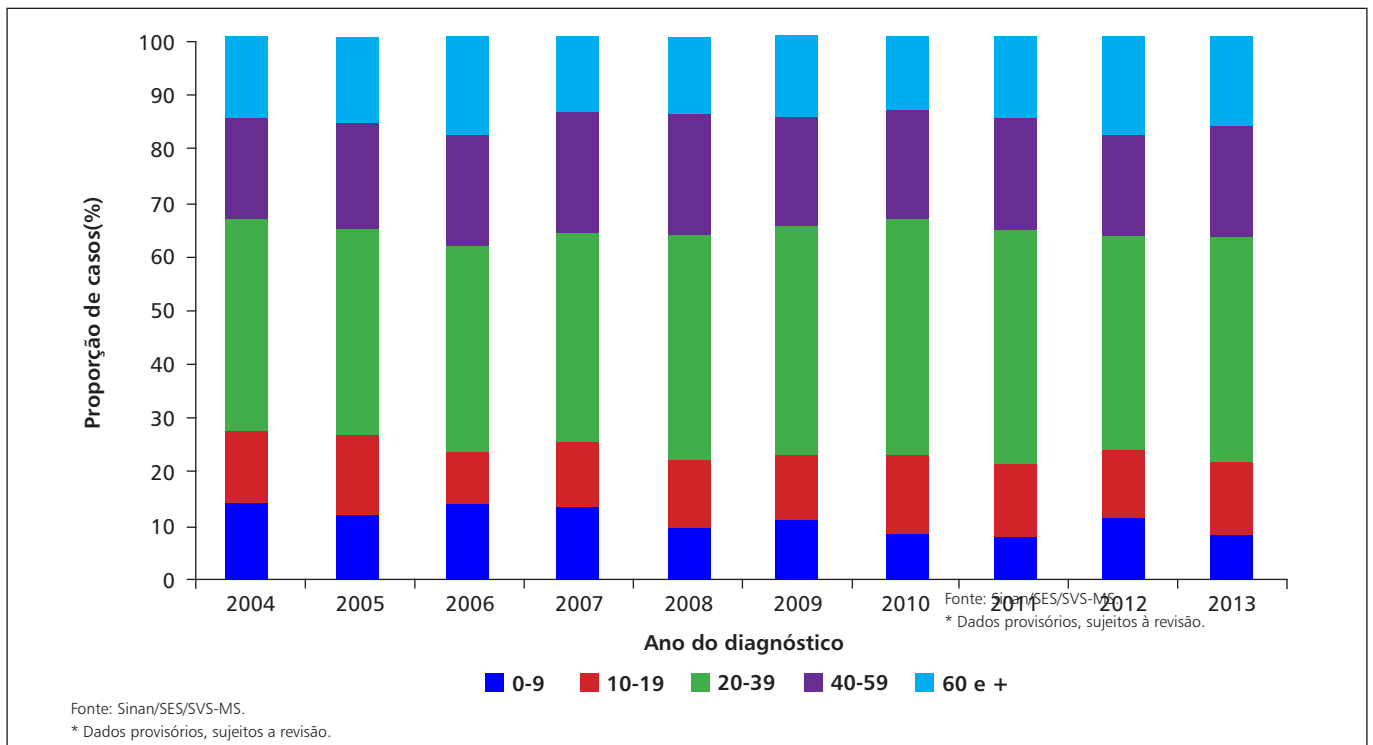


Figura 2 – Proporção de casos de tuberculose na população indígena segundo faixa etária (em anos). Brasil, 2004 a 2013

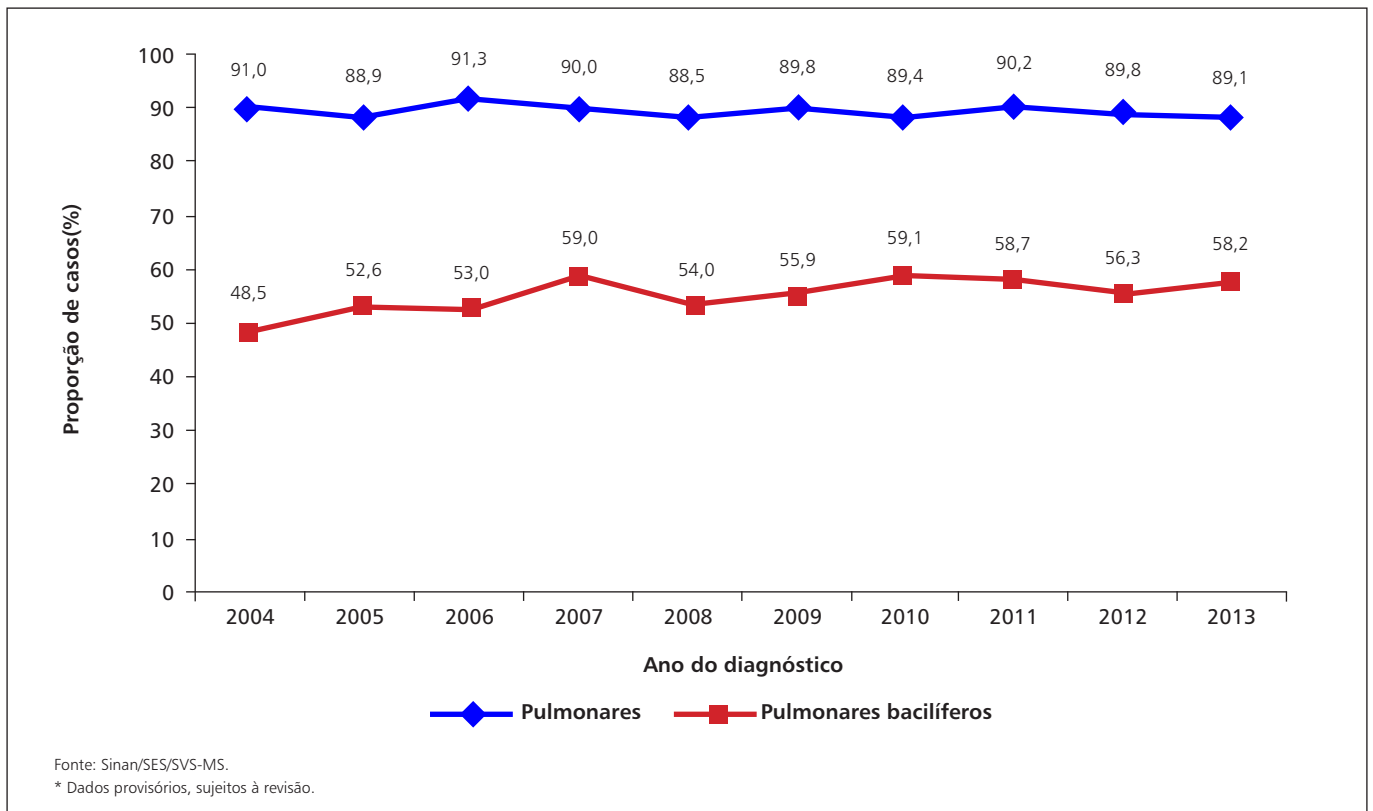


Figura 3 – Proporção de casos de tuberculose na população indígena segundo tipo de tuberculose (em anos). Brasil, 2004 a 2013

Mortalidade por tuberculose

Em 2013, ocorreram 47 óbitos por tuberculose como causa básica na população indígena. Desse total, 30 (63,8%) foram em homens (Figura 4), 17 (40,9%) entre os indivíduos com idade entre 20 e 59 anos (Figura 5) e 20 (42,6%) eram residentes na região Norte do país (Tabela 1).

Nesse mesmo ano, a tuberculose das vias respiratórias, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica, representou 76,6% do total de óbitos. Esse dado revela a importância do fortalecimento da assistência ao paciente e vigilância do óbito, com objetivo de identificar as razões pelas quais o indivíduo

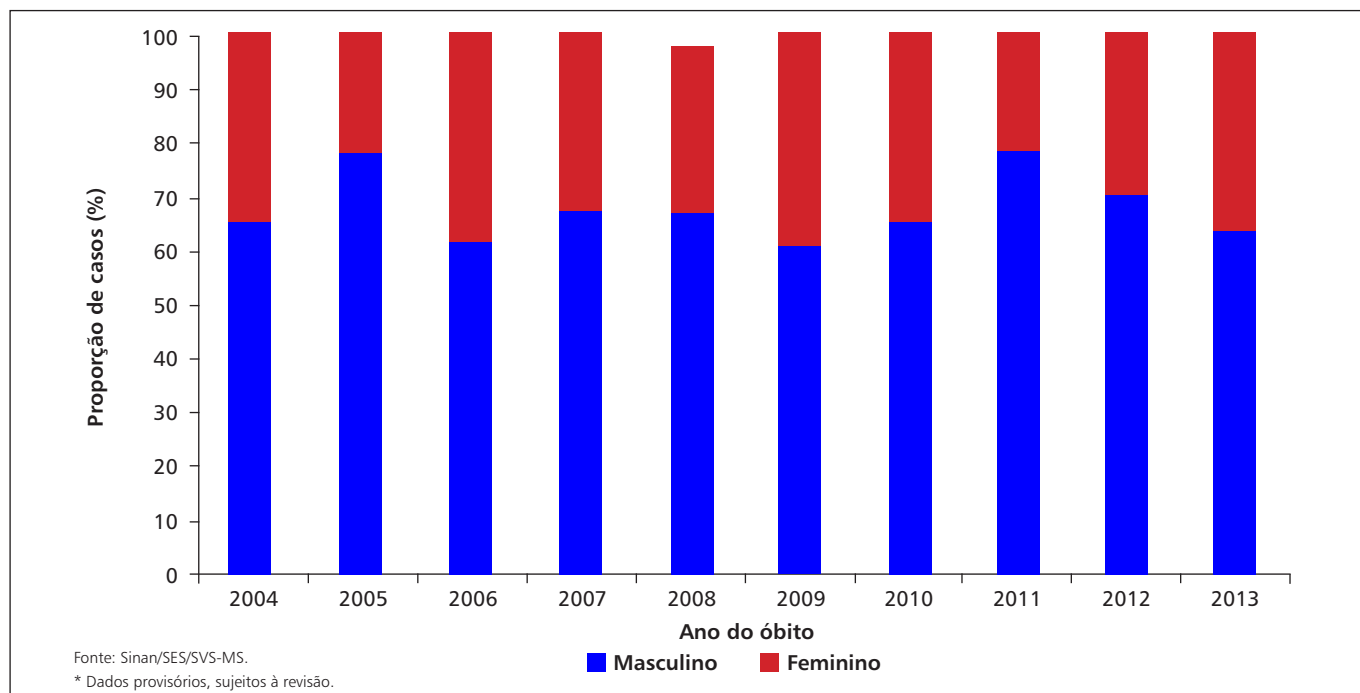


Figura 4 – Proporção de óbitos por tuberculose na população indígena segundo sexo. Brasil, 2004 a 2013*

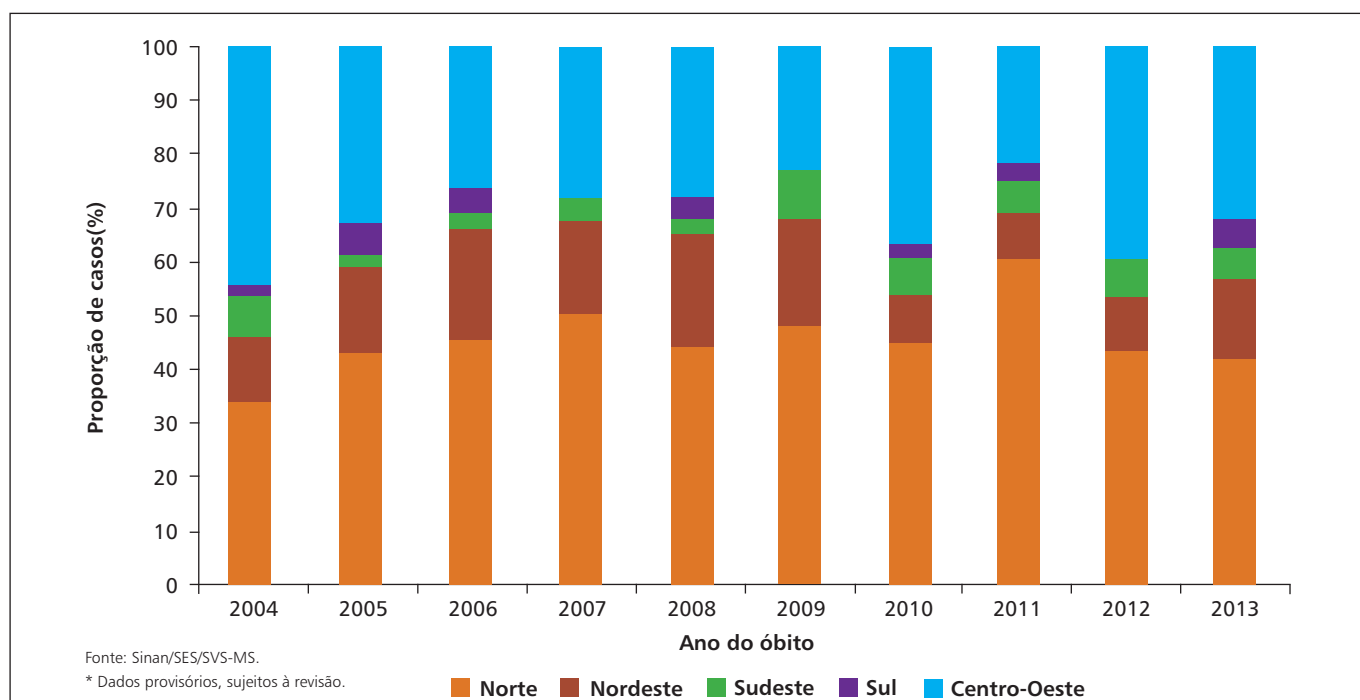


Figura 5 – Proporção de óbitos por tuberculose na população indígena segundo região de residência. Brasil, 2004 a 2013*

Tabela 1 – Principais indicadores epidemiológicos e operacionais para o controle da tuberculose – população indígena, segundo Unidade da Federação (UF) e Região de residência. Brasil, 2013*

Unidade Federada de residência	Número de casos de tuberculose ¹	Número de óbitos por tuberculose ¹	Realização de cultura de escarro entre os casos novos de tuberculose (%)	Realização de testagem anti-HIV (%)	Coinfecção Tuberculose-HIV (%)	Cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%) ²	Abandono de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%) ²
Norte	305	20	25,2	25,2	2,0	80,5	12,4
Rondônia	19	4	52,6	52,6	0,0	85,7	0,0
Acre	18	0	16,7	16,7	0,0	88,9	0,0
Amazonas	172	12	22,1	22,1	2,3	82,1	6,0
Roraima	32	1	75,0	75,0	6,3	64,7	5,9
Pará	41	3	0,0	0,0	0,0	82,5	7,5
Amapá	8	0	25,0	25,0	0,0	100,0	0,0
Tocantins	15	0	0,0	0,0	0,0	71,4	7,1
Nordeste	112	7	9,8	58,9	12,5	76,8	8,2
Maranhão	45	4	2,2	57,8	6,7	84,6	7,7
Piauí	1	1	0,0	0,0	0,0	...	...
Ceará	9	0	33,3	33,3	22,2	50,0	25,0
Rio Grande do Norte	3	0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
Paraíba	2	1	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
Pernambuco	21	0	9,5	71,4	33,3	88,9	0,0
Alagoas	9	0	22,2	33,3	0,0	100,0	0,0
Sergipe	0	0	...	...	...	100,0	0,0
Bahia	22	1	13,6	63,6	9,1	64,7	0,0
Sudeste	132	3	36,4	75,8	4,5	73,8	8,2
Minas Gerais	17	0	17,6	41,2	5,9	100,0	0,0
Espírito Santo	2	0	50,0	50,0	0,0	100,0	0,0
Rio de Janeiro	25	1	8,0	44,0	8,0	75,0	12,5
São Paulo	88	2	47,7	92,0	3,4	70,8	8,3
Sul	34	2	20,6	76,5	14,7	50,0	22,2
Paraná	4	0	50,0	100,0	0,0	60,0	20,0
Santa Catarina	4	0	0,0	100,0	25,0	25,0	25,0
Rio Grande do Sul	26	2	19,2	69,2	15,4	55,6	22,2
Centro-Oeste	222	15	39,2	59,9	2,3	74,0	2,6
Mato Grosso do Sul	138	13	58,0	60,9	2,9	72,7	1,8
Mato Grosso	82	2	8,5	58,5	1,2	77,3	4,5
Goiás	1	0	0,0	100,0	0,0	...	...
Distrito Federal	1	0	0,0	0,0	0,0	...	...
Brasil	805	47	28,6	64,3	4,5	76,2	6,2

Fonte: Sinan/SES/SVS-MS; SIM/SVS-MS.

*Dados provisórios, sujeitos à revisão.

¹ Número absoluto, todas as formas de tuberculose.

² Dados referentes ao ano diagnóstico – 2012.

(...) Não houve registro de caso de tuberculose na população indígena – Sergipe não apresentou caso novo em 2013 (todas as formas de tuberculose). As demais UF sinalizadas não apresentaram tuberculose pulmonar bacilífera na população indígena no ano de 2012.

morre por tuberculose ainda sem confirmação laboratorial.

Em 2010, o coeficiente de mortalidade (CM) por tuberculose na população indígena foi de 5,4/100 mil hab., mais de duas vezes superior ao verificado na população geral, que nesse ano foi de 2,4/100 mil hab. O sexo masculino e os indivíduos com 60 e mais anos de idade apresentaram os maiores coeficientes, sendo de 7,1 e 24,2/100 mil hab., respectivamente. Os residentes da região Centro-Oeste do Brasil apresentaram maior risco de óbito por tuberculose, com um CM de 12,3/100 mil hab. (total de 16 óbitos nessa região).

Aspectos operacionais do controle da tuberculose na população indígena

Diagnóstico

Teste rápido molecular para tuberculose

A sensibilidade do teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) é de cerca de 90% (enquanto a da baciloscopia é de cerca de 65%), a especificidade é de 99%^{7,8} e o resultado é liberado em apenas duas horas, favorecendo o início oportuno do tratamento convencional. Além disso, o TRM-TB também detecta a resistência à rifampicina, um dos principais fármacos usados no tratamento da tuberculose, o que possibilita identificar os casos de resistência ao esquema básico, diminuindo o tempo

necessário para o início do tratamento com medicamentos de segunda linha.

No Brasil, foram selecionados 127 laboratórios de 92 municípios para receber o TRM-TB na primeira fase de implantação, compondo assim a Rede de Teste Rápido para Tuberculose (RTR-TB).

Dos municípios selecionados para receber equipamentos de TRM-TB, dez (10,9%) são municípios prioritários para o controle da tuberculose na população indígena, a saber: Cruzeiro do Sul e Rio Branco, no Acre; Manaus e Tabatinga, no Amazonas; Goiânia, em Goiás; Campo Grande e Amambai, no Mato Grosso do Sul; Belém, no Pará; Porto Velho, em Rondônia; e Boa Vista, em Roraima.

Baciloscopia

O diagnóstico laboratorial da tuberculose é feito por meio da baciloscopia, cultura de escarro ou TRM-TB.

Em 2013, dos 717 casos novos de tuberculose pulmonar registrados na população indígena do país, 88,1% realizaram baciloscopia no momento do diagnóstico e, do total que realizou esse exame, 61,6% apresentaram o resultado positivo (Figura 6).

Cultura de escarro

Recomenda-se a realização da cultura de escarro associada ao teste de sensibilidade para todas as populações mais vulneráveis à tuberculose. Em 2013, as UFs com maiores percentuais de

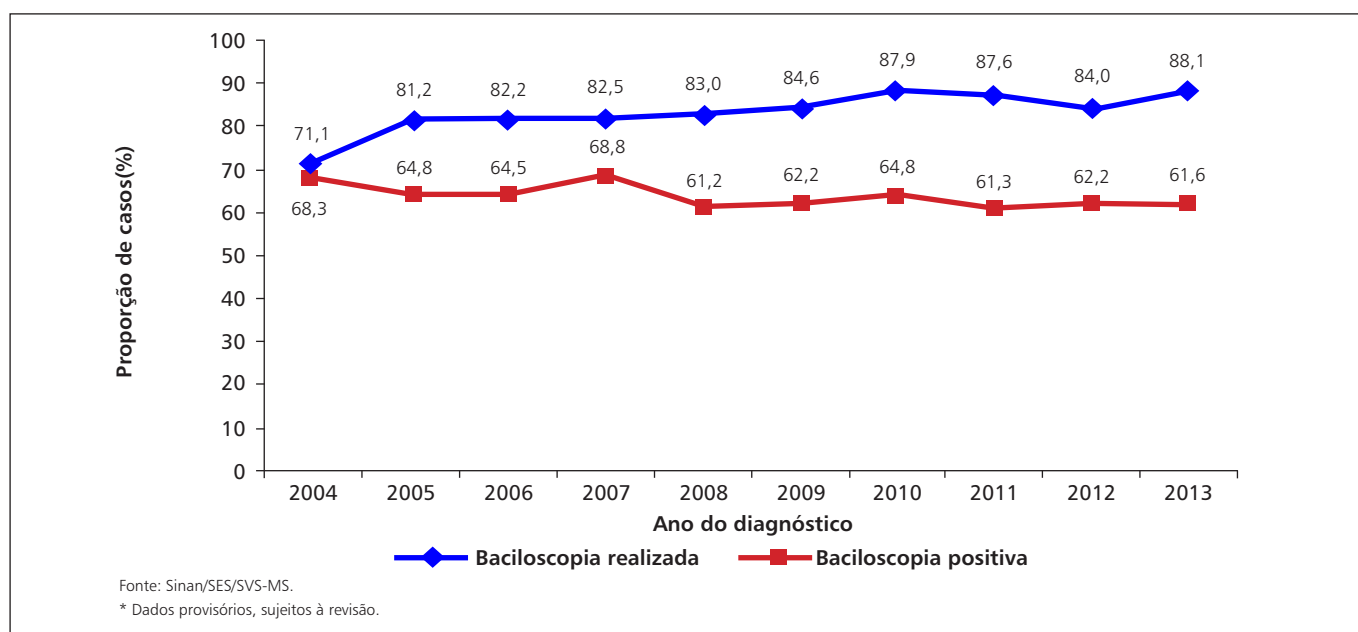


Figura 6 – Proporção de casos de tuberculose pulmonar na população indígena com baciloscopia realizada e com resultado positivo. Brasil, 2004 a 2013*

realização de cultura de escarro na população indígena foram Roraima (75%), Mato Grosso do Sul (58%) e Rondônia (52,6%) (Tabela 1).

A testagem para HIV entre os casos de tuberculose

As pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) estão mais vulneráveis à tuberculose e a desfechos desfavoráveis, como abandono de tratamento, internação, TBDR e óbito. A tuberculose é a principal causa definida entre as doenças infecciosas associada ao óbito por HIV/aids, o que justifica especial atenção às pessoas com coinfeção TB-HIV. Em 2013, do total de casos novos diagnosticados entre os indígenas, 64,3% realizaram o teste para o diagnóstico de HIV. Nesse mesmo ano, o percentual de coinfeção TB-HIV nos indígenas foi de 4,5% (Figura 7). Vale salientar que a recomendação nacional é que toda pessoa diagnosticada com tuberculose realize o teste para o HIV. Nesse sentido, destaca-se que Amapá, Rio Grande do Norte, Paraíba, Paraná, Santa Catarina e Goiás realizaram testagem em 100% do total de casos novos de tuberculose na população indígena (Tabela 1).

Encerramento dos casos de tuberculose e o tratamento diretamente observado

No ano de 2012, 76,6% dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera tiveram cura

e 6,2% abandonaram o tratamento (Figura 8). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a cura de pelo menos 85% dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera e abandono menor que 5%.

Entre os casos de tuberculose (todas as formas), a proporção de cura variou entre 72,3% e 78,7%, nos anos de 2006 e 2011, respectivamente.

Vale salientar que o percentual de cura de casos de tuberculose pulmonar bacilífera entre os indígenas chegou a 100% em sete UF's do país (Figura 1).

A realização do tratamento diretamente observado (TDO) entre os casos novos de tuberculose na população indígena passou de 58,1% em 2007 para 72% em 2012, o que representa um incremento de 23,9% para esse período.

Tuberculose e alcoolismo na população indígena

Em 2013, dos 805 casos novos de tuberculose diagnosticados entre os indígenas, 75 (9,3%) foram assinalados como alcoolistas. Esse valor chegou a 10,1% no ano de 2010 (Figura 9). Nesse mesmo ano, o sexo masculino chegou a representar 85,3% do total de casos de tuberculose/alcoolismo entre os indígenas (Figura 10).

Em 2012, a proporção de cura dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera entre os

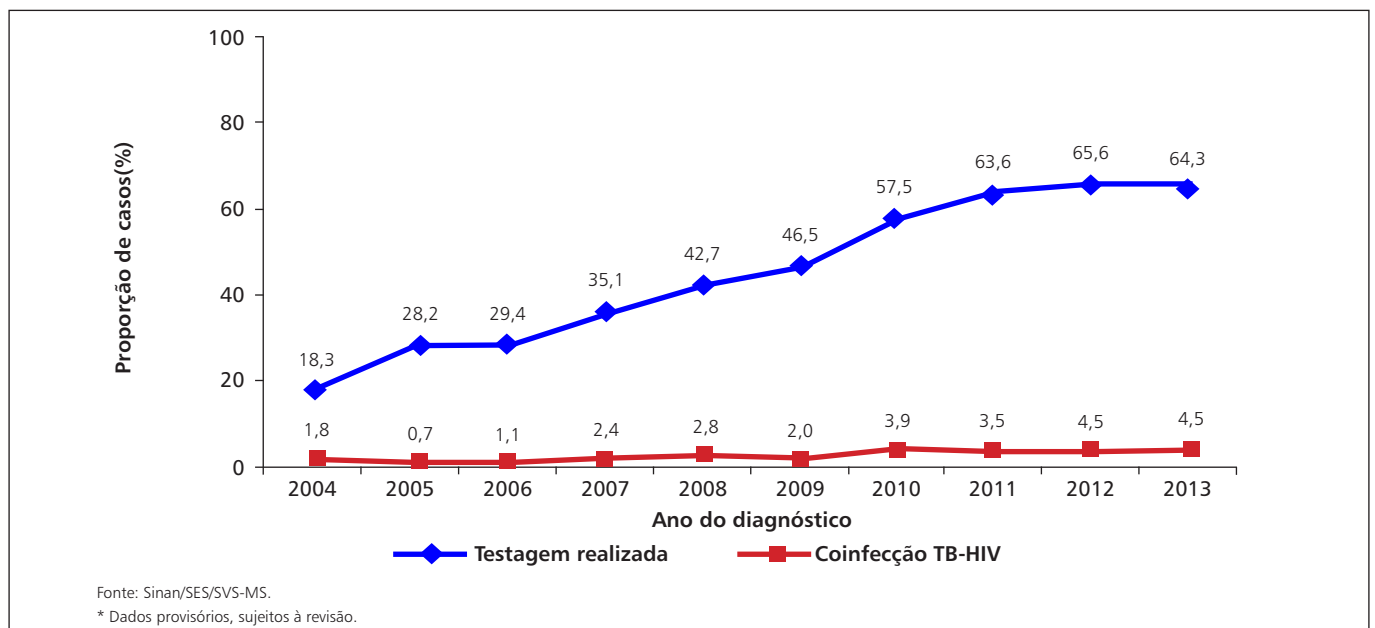


Figura 7 – Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar entre a população indígena com realização de testagem para HIV e coinfeção TB-HIV. Brasil, 2004 a 2013*

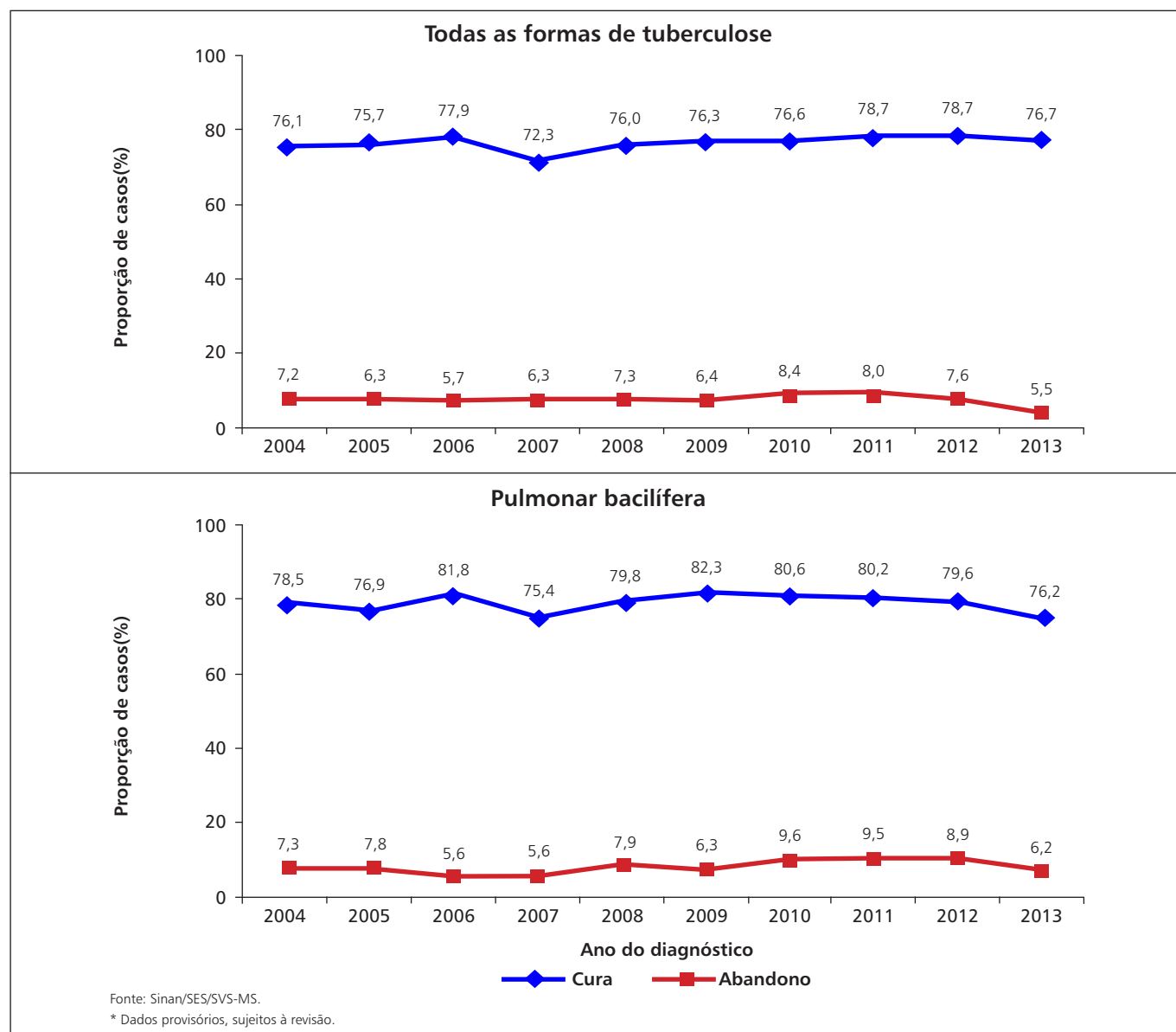


Figura 8 – Proporção de cura e de abandono de tratamento entre os casos de tuberculose (todas as formas) e pulmonar bacilífera na população indígena. Brasil, 2003 a 2012*

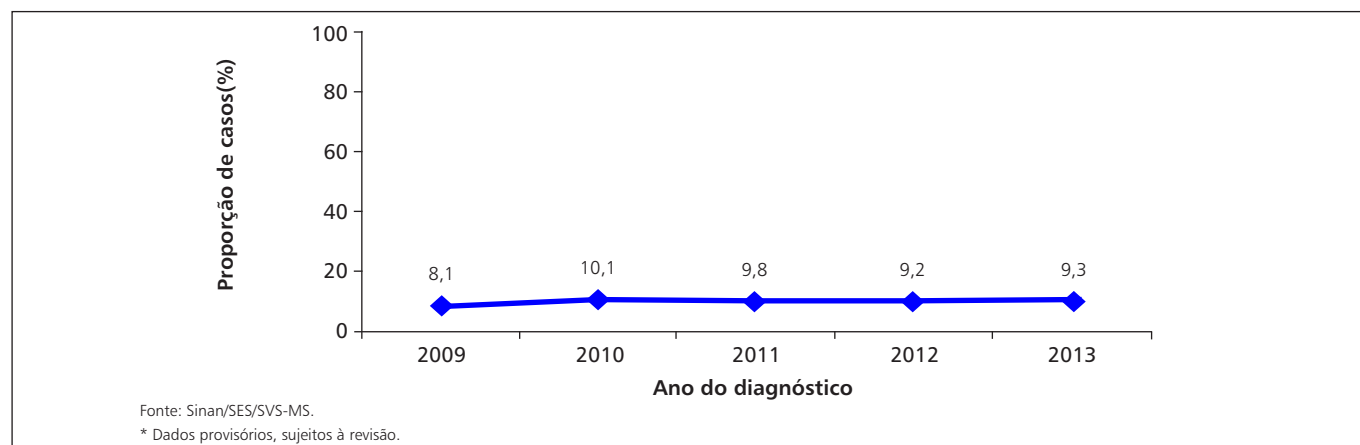


Figura 9 – Proporção de casos novos de tuberculose-alcoolismo na população indígena. Brasil, 2009 a 2013*

indígenas alcoolistas foi de 53,7% e a proporção de abandono de tratamento foi de 17,1%, o que sugere a necessidade de ações para o controle da tuberculose em usuários de álcool e outras drogas.

Determinantes sociais

As dificuldades econômicas e sociais que as pessoas com tuberculose enfrentam para o acesso ao diagnóstico e a adesão ao tratamento configuram-se como importantes entraves para o desfecho favorável da doença. Para solucionar essa problemática, estratégias bem-sucedidas de estados e municípios têm possibilitado que as pessoas com tuberculose em situação de pobreza e extrema pobreza recebam incentivos para a adesão ao tratamento, como: auxílio transporte, auxílio alimentação, cesta de alimentos e benefícios sociais.⁹⁻¹¹

Esses incentivos têm permitido qualidade no acesso aos serviços de saúde e adesão ao tratamento. Além disso, estratégias para ampliação da busca ativa de famílias para a inscrição no CadÚnico têm possibilitado a redução da situação de extrema pobreza e a ampliação da cidadania por meio do recebimento do Bolsa Família.

Durante os anos de 2006 e 2007, o MDS realizou um diagnóstico da situação de vulnerabilidade social das famílias indígenas, em parceria com instituições governamentais e não governamentais, objetivando elaborar

estratégias diferenciadas para a inscrição das famílias indígenas no CadÚnico³. Destaca-se que dados do Censo Demográfico 2010 analisados pelo MDS evidenciaram que quatro em cada dez indígenas (39,9%) encontravam-se em situação de extrema pobreza segundo o critério nacional.¹²

A análise das famílias indígenas beneficiárias do PBF residentes nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na população indígena evidenciou que, em 2012, das famílias indígenas incluídas no CadÚnico, 82,1% eram beneficiárias do PBF, o que indica que elevado percentual da população indígena residente nesses municípios encaixa-se nos critérios de pobreza e extrema pobreza definidos pelo MDS.²

Relacionamento entre as bases de dados do Sinan e do CadÚnico

A tuberculose é uma das doenças que mais emblematicamente demonstra a relação com a pobreza e a exclusão social. O reconhecimento da complexidade dos determinantes das doenças relacionadas à pobreza exige um maior esforço na construção de intervenções intersetoriais que enfrentem de forma mais abrangente os problemas de saúde da população, especialmente dos grupos mais pobres.¹³

Nesse contexto, conhecer a realidade socioeconômica dos casos de tuberculose entre a população mais socialmente vulnerável é de

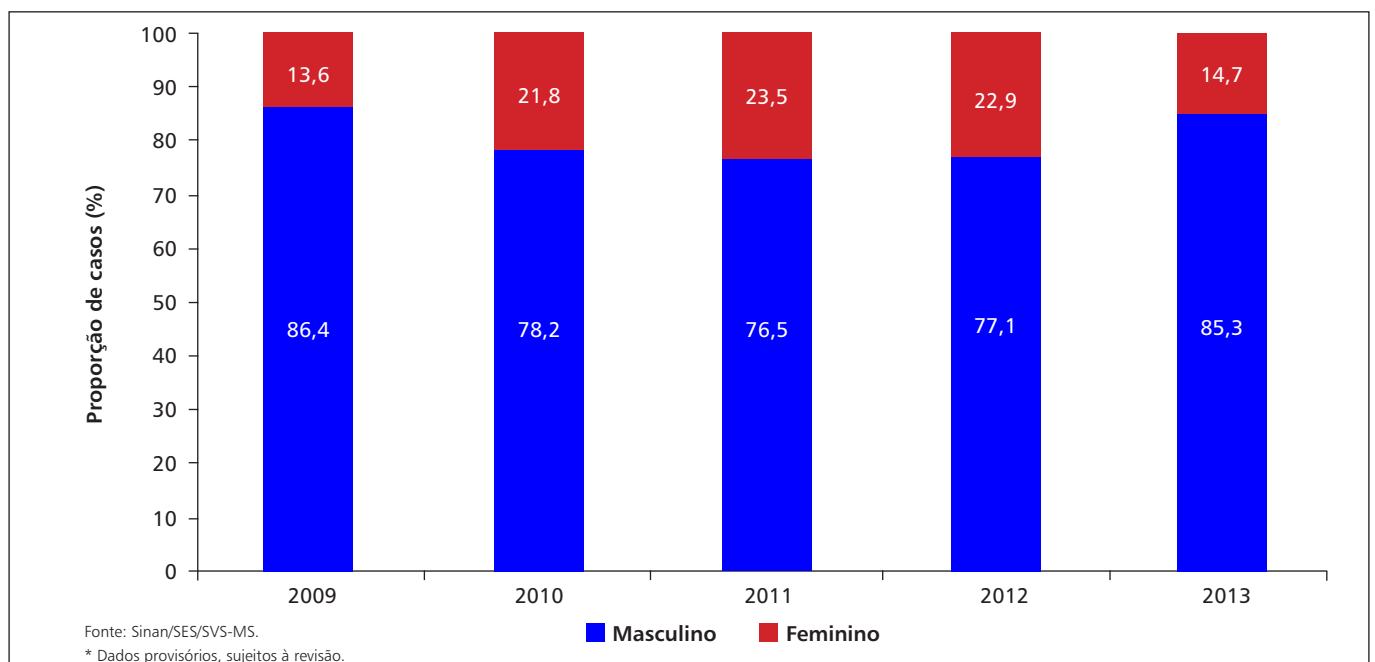


Figura 10 – Proporção de casos novos de tuberculose-alcoolismo na população indígena, segundo sexo. Brasil, 2009 a 2013*

suma importância. Um ponto de partida de grande potencial foi o pareamento da base de dados da tuberculose do Sinan com o CadÚnico, coordenado pelo MDS.

Esse cadastro identifica e caracteriza as famílias de baixa renda e é utilizado para seleção de todos os programas sociais do Governo Federal, entre eles um dos maiores programas de transferência de renda condicionada, o Bolsa Família.

Foi realizado o pareamento das bases de dados para encontrar os casos de tuberculose cadastrados no CadÚnico e na folha de pagamento do PBF da Caixa Econômica Federal. Foi considerado como caso de tuberculose em indígena todo caso registrado como indígena em uma das seguintes variáveis: raça/cor no Sinan, raça/cor e pertencente a família indígena no CadÚnico. Para realização desse pareamento, a base do Sinan foi extraída em novembro de 2012 (com dados referentes ao ano do diagnóstico 2010).

Em 2010, foram diagnosticados e notificados 914 casos de tuberculose entre indígenas no país, 822 (89,9%) casos novos e 92 (10,1%) casos de retratamento.

Do total de casos em indígenas, 246 (26,9%) estavam registrados no CadÚnico, e desses, 172 (18,8%) eram beneficiários do PBF. Esse é um percentual mais alto que o de casos de tuberculose não indígenas, entre os quais 23,8% (19.376) estão cadastrados e 13,0% (10.577) são beneficiários do PBF.

Essa proporção de casos em indígenas cadastrados e beneficiários do PBF é variável entre as UFs do país: entre as 15 UFs que possuem mais de 20 casos de tuberculose em indígenas, a proporção de casos beneficiários do PBF varia de 3,6%, no Mato Grosso, a 35,8%, no Amazonas. Sete UFs apresentaram proporção de casos em indígenas beneficiários do PBF maior que o valor nacional: Maranhão, Amazonas, Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Acre, Bahia e Tocantins.

Foram registrados casos de 29 etnias indígenas diferentes, sendo as etnias Guarani Kaiowa (23,5%), Guajajara (11,8%) e Guarani (8,8%) as mais prevalentes entre os casos de família indígena com etnia informada (59% de ignorados). E entre os 48 casos que residem em terra indígena, foram registrados 24 em terras indígenas distintas, sendo as mais prevalentes

Arariboia (MA) e Dourados (MS), com 17,4% e 15,2%, respectivamente.

Em relação ao desfecho dos casos novos em indígenas diagnosticados em 2010, a proporção de cura entre os beneficiários do PBF foi de 82,1%, enquanto a dos não beneficiários foi de 73,6%. A proporção de abandono de tratamento foi de 6% entre os beneficiários do PBF e 8,3% entre os demais, e a proporção de óbitos, de 1,3% e 6% (beneficiários e não beneficiários). Para os casos de retratamento de tuberculose, as proporções de cura entre os casos beneficiários do PBF e não beneficiários foram de 57,1% e 52,1%, respectivamente.

Principais atividades desenvolvidas para o controle da tuberculose na população indígena

O PNCT tem ampliado as atividades para o controle da tuberculose na população indígena residente em áreas rurais e urbanas. A primeira ação foi a inserção da temática indígena nas visitas de monitoramento e avaliação das ações de controle da tuberculose realizadas aos estados e municípios. Essa atividade é a principal estratégia do PNCT para o fortalecimento das ações de controle da tuberculose.

De janeiro de 2012 a junho de 2014, foram realizadas visitas de monitoramento e avaliação das ações de controle da tuberculose aos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Tocantins e São Paulo. Nesses momentos, houve discussões acerca do controle da doença na população indígena.

Para o aperfeiçoamento das ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelos DSEI e pelos PECT e PMCT, o PNCT priorizou 67 municípios localizados em 14 UF, responsáveis por 79,8% dos casos novos de tuberculose notificados em indígenas residentes em área rural.

Ressalta-se que dez municípios prioritários para o controle da tuberculose na população indígena foram selecionados para o recebimento de equipamentos do TRM-TB na primeira fase de implantação dos equipamentos.

Foram realizadas capacitações e eventos sobre a tuberculose para os profissionais e lideranças que atuam com essa temática. Destacam-se as capacitações sobre manejo clínico da tuberculose, tratamento diretamente observado e técnicas de aplicação e leitura da

prova tuberculínica, e os seguintes eventos: Oficina de Fortalecimento da Vigilância Epidemiológica e Laboratorial da Tuberculose nos Povos Indígenas da Região Norte, Seminário Nacional de Mobilização Social para o Controle da Tuberculose entre os Povos Indígenas no Brasil, Seminário Nacional de Boas Práticas de Controle da Tuberculose entre os Povos Indígenas e Seminário Nacional de Tuberculose e Populações mais Vulneráveis.

Além disso, foi elaborado o Boletim Epidemiológico **O controle da tuberculose na população indígena**, em 2013,¹⁴ e realizada a revisão das recomendações contidas no capítulo de populações indígenas do **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**.

Considerações finais

O PNCT tem atuado para o fortalecimento das ações de controle da tuberculose específicas

para a população indígena. No entanto, para o alcance da redução da carga da tuberculose nessa população é necessário ampliar, ainda mais, as estratégias para o diagnóstico e tratamento oportunos e a cobertura de proteção social.

Para isso, o PNCT tem fortalecido a parceria com a Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI/Sesai) e a Coordenação-Geral de Promoção dos Direitos Sociais (CGPDS/Funai), no sentido de qualificar os profissionais de saúde indígena, empoderar os presidentes dos conselhos distritais de saúde indígena e garantir a participação dos profissionais da Funai no acompanhamento das ações de controle da doença. Além disso, estão sendo realizadas ações de fortalecimento da articulação entre os DSEI, PECT e PMCT nos territórios, para melhoria da qualidade da resposta local, bem como para ações de educação e promoção da saúde.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indígenas [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [citado 2014 julho 1]. Disponível em: <http://indigenas.ibge.gov.br/>
2. Melo TEMP. Políticas públicas e determinantes sociais da saúde: definição dos Municípios prioritários para o controle da tuberculose entre os povos indígenas no Brasil [monografia]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
3. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Povos indígenas: um registro das ações de desenvolvimento social. Brasília: MDS, SAGI; 2008. (Série Cadernos de Estudos: desenvolvimento social em debate, 10)
4. World Health Organization. Global tuberculosis report 2013 [Internet]. Geneve: WHO 2013 [cited 2014 Feb 24]. Available from: apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf.
5. Bóia MN, Carvalho-Costa, FA, Sodré FC, Porras-Pedroza BE, Faria EC, Magalhães GAP, et al. Tuberculose e parasitismo intestinal em população indígena na Amazônia brasileira. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 fev [citado 2014 jul 17]; 43(1):176-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
6. Sant'anna CC, Orfalais CTS, March MFP, Conde MB. Evaluation of a proposed diagnostic scoring system for pulmonary tuberculosis in Brazilian children. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2006 Apr [cited 2014 Jul 17]; 10(4):463-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16602415>
7. 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. Geneve: WHO; 2013.
8. Boehme CC, Nabeta P, Hillemann D, Nicol MP, Shenai S, Krapp F, et al. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance. *N Engl J Med*, 2010 Sep; 363(11):1005-15
9. Sripad A, Castedo J, Danford N, Zaha R, Freile C. Effects of Ecuador's national monetary incentive program on adherence to treatment for drug-resistant tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Jul 1]

- (1):44-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24365551>
10. Boccia D, Hargreaves J, Lönnroth K, Jaramillo E, Weiss J, Uplekar M, et al. Cash transfer and microfinance interventions for tuberculosis control: review of the impact evidence and policy implications. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2011 Jun [cited 2014 Jul 1]; 15(Suppl 2):37-49. Available from: <http://www.pubmed-central.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3160484&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 11. Lutge E, Lewin S, Volmink J, Friedman I, Lombard C. Economic support to improve tuberculosis treatment outcomes in South Africa: a pragmatic cluster-randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 2013 May [Cited 2014 Jul 1]; 14(1):154. Available from: <http://www.trialsjournal.com/content/14/1/154>
 12. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). O perfil da extrema pobreza no Brasil com base nos dados preliminares do universo do Censo 2010. Brasília: MDS; 2011.
 13. World Health Organization. First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Geneva: WHO; 2010.
 14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. O controle da tuberculose na população indígena. *Bol Epidemiol.* 2013;44(13):9-17.