

O Brasil pode alcançar os novos objetivos globais da Organização Mundial da Saúde para o controle da tuberculose?

doi: 10.5123/S1679-49742018000200007

Can Brazil achieve the new World Health Organization global targets for tuberculosis control?

¿Puede Brasil alcanzar los nuevos objetivos mundiales de la OMS para el control de la TB?

Ethel Leonor Noia Maciel¹ –  orcid.org/0000-0003-4826-3355

Carolina Maia Martins Sales¹

Adelmo Inácio Bertolde²

Barbara Reis-Santos¹

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Laboratório de Epidemiologia, Vitória, ES, Brasil

²Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Estatística, Vitória, ES, Brasil

Acabar com a epidemia global de tuberculose (TB) até 2035 é o nova e audaciosa estratégia da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotada em 2015.¹ As metas dessa estratégia, denominada ‘Fim da TB’, são: (i) 95% de redução na mortalidade por TB; e (ii) 90% de redução na incidência de TB no período de 2015 a 2035.²

O Brasil alcançou as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para o controle da TB antes de 2015. A meta de reduzir pela metade a taxa de mortalidade por TB quando comparada a 1990 foi alcançada em 2011, e o número de óbitos notificados, próximo de 4.600, correspondendo a 2,4 óbitos por 100 mil habitantes. Os novos objetivos da OMS são mais ambiciosos: visam acabar com a TB como uma pandemia, qual seja, reduzir a incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes, e a mortalidade em 95%, até 2035. Estes objetivos dificilmente serão alcançados sem mudanças importantes e profundas na assistência à saúde e na proteção social, mudanças no contexto econômico e político regional. Trata-se

de ações intersetoriais que podem contribuir para a redução da incidência e da mortalidade por TB.

Entre as razões apontadas para o alcance das metas pelo Brasil antes de 2015 está a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da década de 1990. Este modelo de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a reordenação dos serviços, estabelecendo a atenção primária à saúde como porta de entrada do sistema. O atendimento dos indivíduos com TB na atenção primária tem contribuído para o enfrentamento da doença, no acesso ao diagnóstico, tratamento e demais cuidados relacionados à TB, todos realizados gratuitamente, ou seja, sem custos para o indivíduo com TB.^{3,4}

As equipes da ESF são responsáveis pelo tratamento diretamente observado (TDO), estratégia importante para a redução das taxas de abandono, morte e desenvolvimento de TB multidrogarresistente (TBMDR). Estudo realizado com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Tuberculose (Sinan-TB) apontou-se redução de 25% desses

Endereço para correspondência:

Ethel Leonor Noia Maciel – Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Av. Marechal Campos, nº 1468, Bairro Bonfim, Vitória, ES, Brasil. CEP: 29043-260
E-mail: ethel.maciel@gmail.com



desfechos desfavoráveis mediante TDO. Não obstante, apenas 51,5% dos casos de TB notificados no Sinan encontravam-se em TDO no ano de 2011.⁵

Outro importante fator para a melhora no controle da doença foi a introdução, em 2009, do tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RHZE) em uma formulação de combinação de dose fixa (FDC): RHZE-FDC. Estudo realizado no Brasil, comparando a dose-padrão com a dose fixa combinada, mostrou que esta última reduziu a taxa de abandono do tratamento em 14% entre os casos novos de TB que iniciaram tratamento no período de outubro de 2009 a setembro de 2010, em cinco cidades pesquisadas.⁶

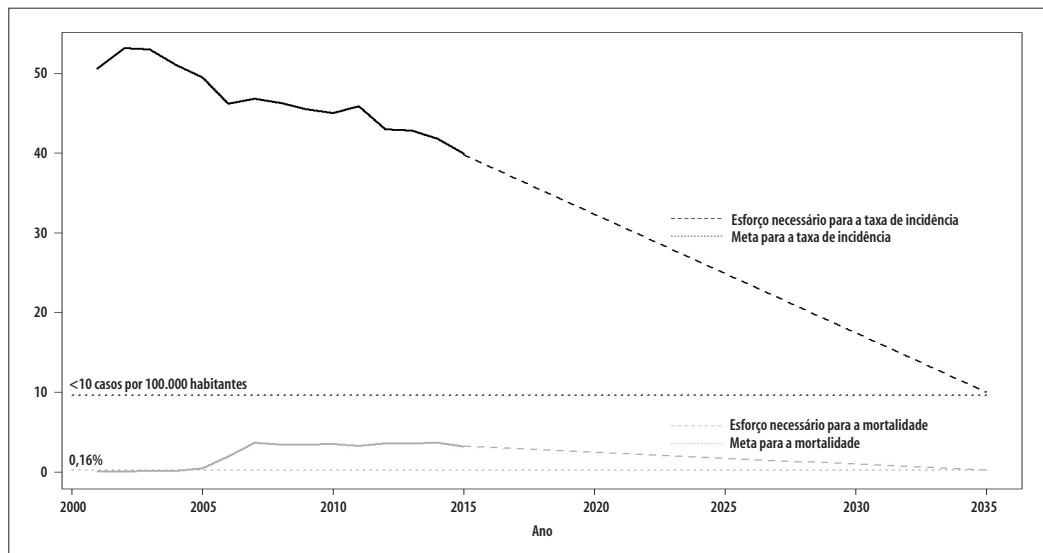
Adicionalmente, o teste de diagnóstico rápido (Xpert MTB/RIF) foi implementado em 2014 no SUS do Brasil. Um ensaio clínico randomizado,⁷ realizado em duas capitais brasileiras no ano de 2012, avaliou a implementação de Xpert MTB/RIF e encontrou aumento de 59% na taxa de notificação de TB pulmonar confirmada laboratorialmente; entretanto, a taxa de notificação global não aumentou, e não houve alteração na taxa de notificação para aqueles sem resultado de teste laboratorial. O estudo também apontou para uma redução no tempo de início do tratamento, de 11,4 dias [intervalo interquartil (IQR) 8,5;14,5] para 8,1 dias (IQR 5,4;9,3) ($p=0,04$). Apesar da melhora na taxa de notificação – apenas dos confirmados laboratorialmente – e da redução em três dias do início do diagnóstico, essa nova tecnologia não fez aumentar a taxa de notificação da TB pulmonar ou reduzir a taxa de incidência de TB, este último um dos principais indicadores para que a meta da OMS seja atingida.

Outro ponto crítico a observar reside na convergência da epidemia de TB com epidemias de outras doenças transmissíveis e não transmissíveis,⁸ como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o diabetes *mellitus*. Estas comorbidades aumentam o risco de desenvolvimento da TB e pioram a progressão da doença e seus desfechos. Uma vez que a TB tem seu manejo clínico no nível primário da atenção à saúde e a convergência das epidemias impõe um grau de complexidade maior ao diagnóstico, tratamento e monitoramento desses indivíduos, faz-se necessária uma abordagem clínica em outros níveis da atenção à saúde, aliada a uma melhor gestão do cuidado.

Além disso, deve-se considerar a vulnerabilidade social dos indivíduos com TB. Estudo recente, que relacionou os bancos de dados do Sinan-TB e do Cadastro Único (CadÚnico), sugere que aqueles em tratamento para TB e inscritos no programa brasileiro de transferência condicionada de renda, conhecido como Programa Bolsa Família (PBF), obtiveram melhores resultados, atingindo uma proporção de cura 5,2% superior à proporção correspondente entre os não beneficiários do BFP.⁹ Apesar dos esforços para reduzir a extensão das desigualdades relacionadas à TB entre grupos vulneráveis e a população geral, o impacto das transferências monetárias condicionadas requer confirmação adicional em estudos prospectivos.

Diante da nova classificação da OMS para a epidemia de TB, o Brasil não possui mais uma epidemia generalizada, senão uma epidemia concentrada em algumas populações vulneráveis: pessoas em situação de rua, indivíduos privados de liberdade, indígenas, pessoas que vivem com HIV, entre outros grupos, impondo um grande desafio para os serviços de saúde, já que o manejo clínico destes grupos requer ações interdisciplinares e intersetoriais. Para prosseguir no caminho do cumprimento das metas estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo Ministério da Saúde, é mister a manutenção da tendência de diminuição da incidência e melhora dos indicadores de cura (Figura 1). Face à ausência de uma vacina eficaz no controle da doença, as medidas sensíveis à TB (estratégias TB-sensíveis), como a manutenção e intensificação dos esforços político e econômico para a redução das desigualdades, em ações como o PBF e a ESF, têm-se mostrado fundamentais no enfrentamento e controle da TB entre populações vulneráveis. Importante ainda que se implementem estratégias que visem à diminuição do abandono do tratamento, principal indicador do fracasso da estratégia no Brasil. Programas de transferência de renda financeira direta ou não para indivíduos com TB (estratégias TB-específicas), assim como ações do setor saúde para a conclusão do tratamento em indivíduos em uso ou abuso de álcool e outras drogas, serão fundamentais para o alcance das metas.

Futuras pesquisas devem-se concentrar nos fatores sociais determinantes da TB, incorporando metodologias inovadoras, e no estudo de populações vulneráveis, para se entender melhor o impacto das medidas de controle sobre a incidência e mortalidade da TB. Face



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Tuberculose – Sinan-TB.

Figura 1 – Taxa de incidência (em preto) e de mortalidade (em cinza) por tuberculose, Brasil (2001-2015) e metas a atingir até 2035

à ausência de uma vacina eficaz no controle da doença, tanto o direcionamento de esforços pela diminuição das desigualdades como de iniciativas capazes de melhorar e tornar mais efetivas as estratégias existentes poderão aproximar o país do alcance das metas preconizadas, sem a necessidade de incorporar as mais recentes e mais caras tecnologias.¹⁰ Dessa forma, acredita-se, o Brasil poderá novamente comemorar o alcance das metas da OMS para a eliminação da TB até 2035.

Referências

1. World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2017 May 26]. 2 p. Available from: http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf
2. World Health Organization. The end TB strategy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2016 Jul 8]. 16 p. Available in: http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf.
3. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Saúde das Comunidades. Departamento de Assistência e Serviços de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002. Avaliação permanente da Atenção Básica: detalhamento dos projetos [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1999 [citado 2018 fev 19]. 92 p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_brasil_quadriennio_1999.pdf.
4. Ministério da Saúde (BR). Plano nacional de mobilização e intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2018 fev 19]. 36 p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniasiase.pdf>
5. Reis-Santos B, Pellacani-Posses I, Macedo LR, Golub JE, Riley IW, Maciel EL. Directly observed therapy of tuberculosis in Brazil: associated determinants and impact on treatment outcome. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2016 Oct;19(10):1188-93.

6. Braga JU, Trajman A. Effectiveness of RHZE-FDC (fixed-dose combination) compared to RH-FDC + Z for tuberculosis treatment in Brazil: a cohort study. *BMC Infect Dis.* 2015 Feb;15:81.
7. Durovni B, Saraceni V, van den Hof S, Trajman A, Cordeiro-Santos M, Cavalcante S, et al. Impact of replacing smear microscopy with Xpert MTB/RIF for diagnosing tuberculosis in Brazil: a stepped-wedge cluster-randomized trial. *PLoS Med.* 2014 Dec;11(12):e1001766.
8. Reis-Santos B, Locatelli RL, Horta BL, Faerstein E, Sanchez MN, Riley LW, et al. Socio-demographic and clinical differences in subjects with tuberculosis with and without diabetes mellitus in Brazil – a multivariate analysis. *PLoS One.* 2013 Apr;8(4):e62604.
9. Torrens AW, Rasella D, Boccia D, Maciel EL, Nery JS, Olson ZD, et al. Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2016 Mar;110(3):199-206.
10. Gomes MGM, Barreto ML, Glaziou P, Madley GF, Rodrigues LC, Wallinga J, et al. End TB strategy: the need to reduce risk inequalities. *BMC Infect Dis.* 2016 Mar;16:132.

Errata

No artigo "O Brasil pode alcançar os novos objetivos globais da Organização Mundial da Saúde para o controle da tuberculose?", com número de DOI: 10.5123/S1679-49742018000200007, publicado na revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, 27(2):1-4, na página 1:

Onde se lia:

O Brasil pode alcançar os novos objetivos globais da Organização Mundial da Saúde para o controle da tuberculose?

Leia-se:

O Brasil pode alcançar os novos objetivos globais da Organização Mundial da Saúde para o controle da tuberculose?