



BRIEF HISTORY ON TUBERCULOSIS CONTROL POLICIES

BREVE HISTÓRICO SOBRE AS POLÍTICAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

BREVE HISTÓRICO SOBRE LAS POLÍTICAS DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Hamilton Leandro Pinto de Andrade¹, Bertha Cruz Enders², Francisco Arnaldo Nunes de Miranda³

ABSTRACT

Objective: to briefly describe the tuberculosis control policies in Brazil over the years. **Methodology:** descriptive study addressing Tuberculosis control policies through the years until today. Data was collected through reading and analyzes of articles, also through manuals of the Ministry of Health and from Master Dissertations. **Results:** the first effective public action for tuberculosis control in Brazil was in 1907, in that time, TB treatment was exclusively undergone into the hospital. Later, health campaigns were adopted aimed to avoid diseases that threaten the population productivity. Although the use of various drugs since the 1980s, tuberculosis has been increased significantly in all communities, including developed countries. One of the triggering factors was the widespread use of antibiotics, the HIV pandemic, increase of poverty, alcohol consumption and smoking. **Conclusions:** it was observed that there was a substantial advance regarding to Tuberculosis assistance policies since its beginning, either by increasing the technological apparatus, or through the discovery of new drugs. However, there is still a need for greater investment, especially for training the professionals working in the Family Health Strategy (FHS). **Descriptors:** public policy; tuberculosis; family health program.

RESUMO

Objetivo: descrever sucintamente as políticas de controle da tuberculose no Brasil ao longo dos anos. **Metodologia:** estudo descritivo acerca das políticas de controle da tuberculose ao longo dos anos até os dias atuais. As informações foram coletadas a partir da leitura e análise de artigos, bem como de manuais do Ministério da Saúde e Dissertações de Mestrado, que abordassem aspectos históricos sobre as políticas públicas de saúde ligadas à tuberculose. **Resultados:** a primeira ação pública efetiva no combate à tuberculose no Brasil foi em 1907, no qual o tratamento da tuberculose era exclusivamente hospitalar. Tempos mais tarde adotaram-se as campanhas sanitárias que objetivavam reter as doenças que ameaçavam a produtividade da população. Apesar da utilização de diversos medicamentos a partir da década de 1980, a tuberculose aumentou significativamente em todas as comunidades, inclusive em países desenvolvidos. Um dos fatores desencadeantes foi o uso indiscriminado de antibióticos, a pandemia de HIV, aumento da pobreza, do consumo de álcool e do tabagismo. **Conclusões:** observa-se que houve avanço substancial no tocante às políticas de assistência à tuberculose desde a sua gênese, seja pelo aumento do aparato tecnológico, seja pela descoberta de novas drogas, no entanto, ainda há a necessidade de maiores investimentos, principalmente na capacitação dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Descritores:** políticas públicas; tuberculose; programa saúde da família.

RESUMEN

Objetivo: describir sucintamente las políticas de control de la tuberculosis en Brasil a lo largo de los años. **Metodología:** estudio descriptivo acerca de las políticas de control de la tuberculosis a lo largo de los años hasta los días actuales. Las informaciones han sido obtenidas a partir de la lectura y del análisis de artículos, así como de manuales del Ministerio de la Salud y Disertación de Maestría. **Resultados:** la primera acción pública efectiva en el combate a la tuberculosis en Brasil fue en 1907, en que el tratamiento de la tuberculosis era exclusivamente hospitalario. Más tarde se adoptaron las campañas sanitarias que objetivaban detener las enfermedades que amenazaban la productividad de la población. A pesar de la utilización de diversos medicamentos a partir de la década de 1980, la tuberculosis aumentó significativamente en todas las comunidades, incluso en los países desarrollados. Uno de los factores desencadenantes fue el uso indiscriminado de antibióticos, la pandemia del HIV, el aumento de la pobreza, del consumo de alcohol y del tabaquismo. **Conclusiones:** se observa un avance substancial en lo que concierne a las políticas de asistencia a la tuberculosis desde su génesis, sea por el aumento del aparato tecnológico, sea por el descubrimiento de nuevas drogas, entretanto, todavía hay la necesidad de mayores inversiones, principalmente en la capacitación de los profesionales que actúan en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). **Descriptor:** políticas públicas; tuberculosis; programa salud de la familia.

¹Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. Email: hamilandrade@hotmail.com; ²Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: bertha@ufrnet.br; ³Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da UFRN. Coordenador do PGENF/UFRN e do Grupo de Pesquisa Ações Promocionais e de Atenção À Saúde de Grupos Humanos em Saúde Mental e Coletiva. E-mail: farnoldo@gmail.com

INTRODUÇÃO

Apesar da preocupação atual do governo com a tuberculose, ela não é uma doença recente. A primeira ação pública efetiva no combate à Tuberculose no Brasil foi em 1907, com o então Diretor Geral de Saúde Pública, Dr. Oswaldo Cruz. Em 1920, criou-se a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, priorizando a descoberta e tratamento adequado dos doentes.¹

Nessa época, o tratamento da tuberculose era exclusivamente hospitalar, utilizando-se o pneumotórax e outras técnicas cirúrgicas. Porém, estas técnicas não surtiram o efeito esperado. Optou-se, portanto, pelos dispensários, unidades ambulatoriais responsáveis pelo diagnóstico e tratamento desta patologia. Datam deste período o exame radiológico periódico e a vacinação BCG oral para todos os recém-nascidos.¹

No início do século XIX praticamente um terço dos óbitos era devido a esta enfermidade que acometia principalmente os negros.² Foi responsável por crescente número de óbitos, principalmente na cidade do Rio de Janeiro.³

Com relação às políticas de saúde da época, adotaram-se novas medidas sanitárias para o início do controle da tuberculose, como a reorganização dos serviços sanitários das cidades do império em 1876.⁴

No entanto, as questões de saúde nessa época eram tratadas mediante intervenções pontuais, dada a limitação dos conhecimentos sobre as enfermidades que acometiam a maior parte da população.^{5,2}

Tempos mais tarde adotaram-se as *Campanhas Sanitárias* que objetivavam reter as doenças que ameaçavam a produtividade da população, garantindo a comercialização dos alimentos e demais produtos.^{5,2}

No século XIX o atendimento à saúde era prestado pelas Santas Casas de Misericórdia, atuantes em algumas cidades Brasileiras, no qual os doentes permaneciam com outros numa mesma enfermaria, sem isolamento.³

Em 1907, Oswaldo Cruz instituiu um plano de ação contra a tuberculose, obtendo, no entanto, pouco impacto. Este plano foi vetado pelo Congresso Nacional, pois a patologia não ameaçava diretamente a estrutura do Estado ou a economia, uma vez que era endêmica da classe operária.⁶

No ano de 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, época em que o Estado passou a integrar a luta contra a

tuberculose, criando-se a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose.⁶

Em 1926, este Departamento criou o modelo centralizado de ações preventivas, hospitalares, dispensariais e laboratoriais, coordenadas pelo setor público.⁷

Nas duas décadas seguintes, isto é, década de 30 e 40, ocorreu uma forte revolução sanitária. Introduziu-se a vacinação com a BCG oral, assim como a criação de um grande número de dispensários, construção de sanatórios, os quais tinham por objetivo a internação do paciente e/ ou a realização de procedimentos cirúrgicos especializados.³

Como os hospitais, sanatórios e dispensários não foram capazes de comportar todos os internamentos e o doente não poderia ficar sem observação e cuidados médicos, criou-se em 1934 a política de visita domiciliar, quando enfermeiras iam até a casa do doente verificar a estrutura econômica, social e familiar. A tuberculose passou a ser considerada novamente um problema de saúde pública, trazendo ao tratamento e à profilaxia a participação da sociedade e das famílias.⁶

Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) que promovia ações profiláticas e assistenciais. Por volta do ano de 1946 instituiu-se a Campanha Nacional Contra a Tuberculose, assumindo como proposta a expansão da estrutura hospitalar e sanatorial no Brasil. Após dois anos, incluíram-se o exame radiológico periódico obrigatório e a vacinação com BCG oral como componentes que compuseram as ações de controle desta patologia.⁴

A introdução dos tuberculostáticos, estreptomicina (1948), ácido para-amino-salicílico (1949) e Isoniazida (1952), bem como o uso destas drogas em esquemas padronizados, a partir de 1964, determinaram importante impacto no combate à doença.⁸

O tratamento nos anos de 1950 e 1960, com a descoberta destes fármacos, passou a ser primordialmente ambulatorial, tornando desnecessária, em sua grande maioria, a internação dos doentes.⁹

Nesse período, a Sociedade Brasileira de Tuberculose SBT recomenda prioridade a esta modalidade de tratamento ambulatorial, enquanto o poder público, mediante a Campanha Nacional Contra a Tuberculose - CNCT, aumentava os leitos destinados aos portadores de TB em 30%. Estas ações tornaram o diagnóstico e o tratamento mais precoces.¹

Porém no final de 1950, estudos do Laboratório Central de Tuberculose,

realizado em 1959, mostrou resistência à pelo menos dois medicamentos em 68% dos pacientes hospitalizados e em 66% dos tratados ambulatorialmente. Tal resistência, aliada de mortalidade hospitalar elevada, baixos percentuais de alta por cura e alto custo da hospitalização, fez com que a CNCT promovesse a definição de normas padronizadas para o combate à doença. A partir desta estratégia, foi organizado o sistema de notificação/informação, fundamental para o conhecimento da magnitude do problema e dos efeitos das ações executadas.¹

Assim sendo, a tuberculose foi incluída dentre as Doenças de Notificação Compulsória (ONC) em todo o território nacional, estabelecendo como mecanismo de notificação o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) Ministério da Saúde (MS).¹

A partir de 1960, com a descoberta da Estreptomicina (S), Isoniazida (H) e outros quimioterápicos antituberculose, foi possível assegurar a cura para a maior parte dos doentes que cumpriam o esquema terapêutico corretamente. O tratamento neste período tinha duração de 18 meses, sendo indicado para os pacientes sensíveis. Em 1965 o tempo de tratamento foi reduzido para 12 meses, reduzindo-se também a quantidade dos medicamentos.¹

O impacto da descoberta desses medicamentos trouxe esperança para as comunidades médica e leiga. A concepção de uma doença incurável tomava outro rumo, outro sentido. Porém, os doentes de posse dos medicamentos, acreditaram que o fim dos sintomas era o fim da doença.⁶

No ano de 1970, o SNT foi transformado em Divisão Nacional de Tuberculose, sendo o embrião para o surgimento do Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT. Um ano depois foi criada a Central de Medicamentos, responsável pela aquisição gratuita e distribuição das drogas para todo o País.⁴

Em 1973, implantou-se a vacina BCG intradérmica, e, a partir de 1976, determinou-se sua obrigatoriedade para todos recém-nascidos. Nesse ano, também, organizou-se a Divisão de Pneumologia Sanitária.⁸

No ano de 1975, criou-se o II Plano Nacional de Desenvolvimento integrando diferentes níveis de governo, com a finalidade de reduzir a morbidade, a

mortalidade e os problemas socioeconômicos decorrentes da tuberculose.⁸

Em 1979 foi introduzido o esquema de tratamento de curta duração, compreendido em 6 meses, com administração de drogas de uso oral, como por exemplo, a Rifampicina, a Isoniazida e a Pirazinamida. A maioria dos usuários realizava o tratamento auto-administrado, recebendo os medicamentos em cotas mensais na unidade de saúde.^{2,3,8}

Porém, apesar da utilização de diversos medicamentos nesse período, a tuberculose aumentou significativamente em todas as comunidades, a partir de 1980, inclusive em países desenvolvidos.¹⁰

Um dos fatores desencadeantes foi o uso indiscriminado de antibióticos, a pandemia de HIV, aumento da pobreza, do consumo de álcool e do tabagismo.^{11,12} A partir de 1981, iniciou-se a descentralização das ações de controle da tuberculose para os estados e posteriormente para os municípios.⁸

Nessa mesma década começa a ser gradativamente introduzido no País o esquema terapêutico com menor tempo de duração, o que favoreceu na redução do custos operacionais do programa. Passou a realizar-se no período de 6 meses, com drogas de uso oral.³

Com a introdução desse novo esquema terapêutico, a maioria dos doentes passou a realizar o tratamento auto-administrado, recebendo os fármacos nas unidades de saúde para o consumo mensal, sendo responsáveis pela sua ingestão.³

No entanto, a autora comenta que este modelo de administração de medicamentos transferiu para o paciente a responsabilidade do seu tratamento, afastando-se dos serviços e reduzindo seu contato com a equipe de saúde. Medidas como a "visitação domiciliar", apesar de preconizadas, deixaram de ser prioridades para os serviços.

Em 1990 iniciou-se o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa mesma época, em decorrência de ações de controle dos gastos públicos e da descentralização da administração para os estados e municípios, o Programa de Controle da Tuberculose foi desestruturado, extinguindo-se a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Isto levou ao enfraquecimento da supervisão do Programa, acarretando na quase falência do PNCT.^{2,8}

Importantes ações em âmbito internacional tentaram impulsionar

governos e sociedade civil para ampliar as ações de controle da doença, como a declaração feita pela Organização Mundial da Saúde em 1993, alertando para o estado de urgência da tuberculose, conclamando governos, comunidade científica e sociedade civil a redobram seus esforços para o controle desta patologia.^{13,1}

Em 1996, implantou-se o Plano Emergencial, com o objetivo de implementar ações específicas em 230 municípios prioritários, onde a doença apresentava maior magnitude epidemiológica.⁴

O ano de 1998 foi marcado pela instituição do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), cujas ações têm como metas: (1) implementar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose para 100% dos municípios; (2) diagnosticar pelo menos 92% dos casos esperados e tratar com sucesso pelo menos 85% dos casos diagnosticados; (3) reduzir a incidência no mínimo em 50% e a mortalidade em dois terços.¹⁴

Esse plano introduz, além de outras inovações, o *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS), já definido em 1993 pela OMS, como estratégia fundamental no tratamento da tuberculose.¹⁴

Em 2000, elaborou-se novo Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para o período de 2001 a 2005, introduzindo novas possibilidades de intervenção contando com as estratégias de Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no processo de expansão das ações do PCT, pois estas estratégias apresentam uma concepção de atenção à saúde focalizada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e território.^{14,15}

Essa parceria estabelecida a partir do ano 2000 entre o PCT com o PSF e o PACS descentraliza as ações de controle da tuberculose para o âmbito da atenção básica, possibilitando a promoção de uma melhor assistência ao paciente com TB, uma vez que fortalece a participação na comunidade, contribuindo na adesão ao tratamento e na busca dos sintomáticos respiratórios.^{14,16}

Assim, o PSF e o PACS propõem uma nova dinâmica e estruturação dos serviços e ações de saúde sendo essas suas principais características e diferencial em relação aos programas tradicionais.¹⁵

Em 2001, o Ministério da Saúde implantou o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para Eliminação da Hanseníase e

Controle da Tuberculose, que buscava maior mobilização técnica, política e social para o alcance das metas de controle da tuberculose. A melhoria dos sistemas de vigilância de casos e contatos domiciliares e institucionais, a expansão da rede de laboratórios públicos ou colaboradores, a qualificação dos profissionais de saúde nas ações de vigilância e controle, além do tratamento supervisionado, foram considerados componentes-chave deste programa.¹⁴

Estimulava-se também, nesse período, a mudança do modelo de atenção, orientando a expansão do Programa de Saúde da Família. Destaca-se, a partir daí, a importância desse programa com a participação ativa dos agentes comunitários de saúde, possibilitando a implementação do tratamento supervisionado no país.¹⁵

Três anos mais tarde, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose foi reorganizado e reestruturado, estabelecendo as novas metas para o triênio 2004-2007 e incluindo a expansão da Estratégia DOTS (Tratamento Supervisionado Diretamente Observado) aos trezentos e quinze municípios prioritários (MP), responsáveis por cerca de 70% dos casos de tuberculose.¹⁷

O DOTS é um conjunto de estratégias político-administrativas que inclui ações de busca de sintomático respiratório com retaguarda laboratorial, ações de acompanhamento do tratamento, compromisso político, sistema de registros e suprimento de drogas.¹⁸

Atualmente os principais elementos das políticas públicas para o controle da tuberculose, no Brasil e no mundo, são: 1 - diagnóstico e tratamento precoce; 2 - vacinação com BCG em menores de um ano de vida e 3 - focalizar o problema nas populações mais vulneráveis, nos municípios com alta endemicidade.¹⁹

Para tanto, as principais diretrizes são: (a) tratamento ambulatorial disponível, em unidades de saúde de baixa complexidade, incluindo-se a participação de equipes de saúde de família; (b) atendimento hospitalar e (c) acesso aos recursos de imagens, cirúrgicos, laboratoriais e de drogas mais específicas para os casos de multirresistência.¹⁹

Compreende-se que para tornar concreto tudo o que foi esboçado nestes últimos parágrafos, a humanização das práticas de saúde junto à família e seu espaço social passa a ser o referencial desta nova estratégia de enfrentamento que utiliza as

Equipes de Saúde de Família e o Programa de Agentes Comunitários, que certamente trarão o alcance dos objetivos propostos.³

Esses profissionais devem ser capacitados e treinados para tratamento, registro e notificação e outras atividades para cumprirem eficazmente suas responsabilidades específicas com apropriada supervisão.¹⁴

CONSIDERAÇÕES

Observa-se que com o passar dos anos, houve uma evolução nas políticas públicas de saúde no tocante à assistência a tuberculose. Também novas drogas foram criadas, e novas formas de administrar, o que tornou o controle e/ ou eliminação da doença mais próxima do desejado, além de melhorar substancialmente a qualidade de vida dos portadores.

No entanto para que essas mudanças se concretizem e possam avançar ainda mais, necessário se faz capacitar os profissionais que estão diretamente envolvidos nesse processo, seja no tocante à humanização das suas práticas de saúde, seja no conhecimento acerca dos registros e notificações.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil), Fundação Nacional da Saúde, Comitê Técnico - Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose, Vigilância Epidemiológica. Tuberculose Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. Ruffino-Netto A, Souza AMAF. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. *Inf Epidemiol SUS*. 1999;8(4):35-51.
3. Vendramini SHF. O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2001.
4. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2002;1(35):51-8.
5. Bertolozzi MR. A adesão ao programa de Controle de Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã 1998 [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2008.
6. Mendes MCT. A clientela e os profissionais de saúde diante da tuberculose [Dissertação] Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 1998.
7. Campos HS. Tuberculose: um perigo real e crescente. *J bras med*. 1996;70(5):73-105.
8. Gonçalves HA. A tuberculose ao longo dos tempos. *Hist ciênc saúde-Manguinhos*. 2000;7(2):23.
9. Gabardo BMA. Avaliação da efetividade do tratamento supervisionado no controle da tuberculose pulmonar bacífera em Curitiba [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Departamento de Clínica Médica; 2004.
10. Fernandes MFT, Almeida ABS, Nascimento DR. Memória da tuberculose: acervo de depoimentos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1993.
11. Kusano MSE. Estudo comparativo entre tuberculosos não infectados e infectados pelo HIV no Distrito Federal. *Rev bras enferm*. 1995;49(1):41-5.
12. Hisbello S. Tuberculose, um perigo real e crescente. *J bras med*. 1996; 70(5):73-104.
13. Murai HC. Aids, drogas de abuso e o perfil epidemiológico da tuberculose no município de Itajaí, Estado de Santa Catarina 1983-1996. *Rev bras epidemiol*. 2002:301.
14. Barreira O, Grangeiro A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;(41):4-8.
15. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
16. Silva CC, Silva ATMC, Losing A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde de Família - PSF. *Rev eletrônica enferm*. 2006; 8(1):70-4.
17. Silva ACO, Sousa MCM, Nogueira JA, Motta MCS. Tratamento Supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. *Rev eletrônica enferm*. 2009;9(2):402-16.
18. Sá LD, Oliveira AAV, Souza KMJ, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Early treatment and cast services in the care of tuberculosis patient. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2010 [cited 2012 May 325];4(3):178-86. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1216/pdf_150
19. World Health Organization (Geneva). Global Tuberculosis Control. Brazil: surveillance, planning, financing; 2005.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012/01/18

Last received: 2012/02/10

Accepted: 2012/02/11

Publishing: 2012/06/01

Corresponding Address

Hamilton Leandro Pinto de Andrade

Rua Cerejeira, 32

CEP: 59152-230 – Parnamirim (RN), Brazil