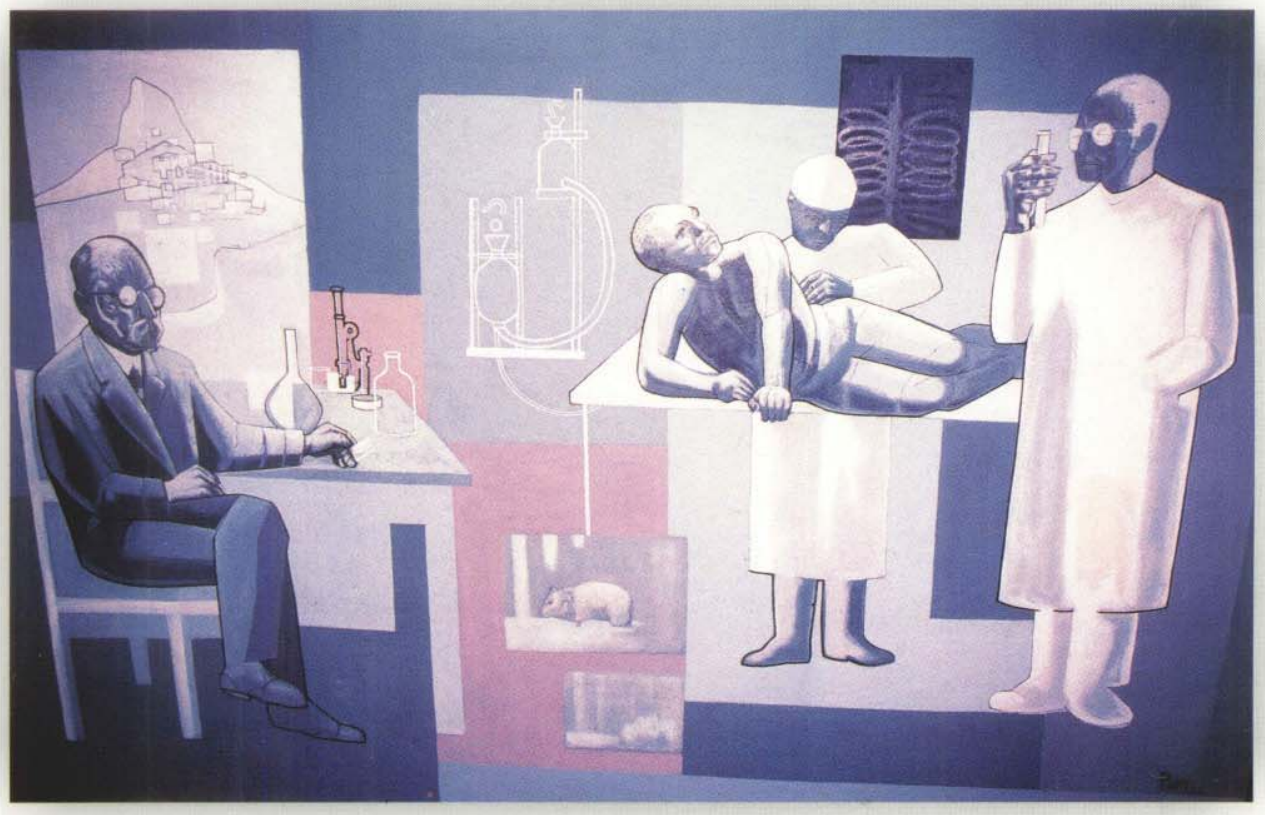
Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas de Saúde
Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
Fundação Nacional de Saúde
Centro Nacional de Epidemiologia
Centro de Referência Hélio Fraga



Plano Nacional de Controle da Tuberculose

DB8 rasília, DF 1999

Plano Nacional de Controle da Tuberculose

Brasilia, DF 1999

EQUIPE TÉCNICA

Antonio Ruffino Netto
Coordenador Nacional de Pneumologia Sanitária
DGPES / SPS / MS

Miguel Aiub Hijjar
Diretor do Centro de Referência Hélio Fraga
CENEPI / FNS / MS

Carlyle Guerra de Macêdo
Assessor Especial / Diretor Emérito da OPAS /
Membro do Comitê de Administração do Programa
Global de Tuberculose da OMS

José Fantine
Coordenador Executivo do Projeto Centro de Excelência
COPPE — UFRJ

Ademir de Albuquerque Gomes
Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária

Maria José Procópio
Centro de Referência Hélio Fraga
CENEPI / FNS / MS

Sandra Maria Barros de Araujo Garcia
Assessora Técnica do Projeto Centro de Excelência
COPPE — UFRJ

Benício Biz
Produção Gráfica

Computer & Publish
Fotolitos e DTP

Zit Gráfica e Editora
Impressão e Acabamento

Capa:
Detalhe do painel *Tratamento da Tuberculose,* Poty, óleo sobre madeira, 1957, 2,30m x 10m, acervo do Centro de Referência Hélio Fraga.

Ficha Catalográfica

Plano Nacional de Controle da Tuberculose / Fundação Nacional de Saúde. _ _,
Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
184 p.

1. Tuberculose. I. Brasil.
Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde

Reprodução desse material é permitida, desde que citada a fonte e o uso seja sem fins comerciais

Este livro foi impresso graças ao patrocínio da **PETROBRAS**

Sumário

PREFÁCIO 5
APRESENTAÇÃO 7
1 - INTRODUÇÃO 9
1.1 - Considerações Gerais
1.2 - Os números da Tuberculose
1.3 - Uma análise das causas da Tuberculose
1.4 - A ação do Estado no Controle da Tuberculose e o papel do Centro de Referência Hélio Fraga
1.5 - Cenários relativos à Tuberculose
2 - PLANO NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE 33
3 - METAS DO PLANO NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE 35
4 - BASES UTILIZADAS PARA ELABORAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE..... 37
4.1 - Elaboração dos Programas
4.2 - Recursos Humanos
4.3 - Normas Gerais
4.4 - Matriz de Programação de Atividades
4.5 - Indicadores de Avaliação
4.6 - Atribuições do Ministério da Saúde
4.7 - Funções das Secretarias de Saúde Estaduais / Municipais
5 - PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO 53
6 - INSTRUMENTOS DE AÇÃO E ORGANIZAÇÃO NO NÍVEL FEDERAL 55
6.1 - Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
6.2 - SIA / AIH / SUS (SAS)
6.3 - Sistemas de Informações
6.4 - Informação Pública
6.5 - Abastecimento de Medicamentos
6.6 - Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
6.7 - Metodologia de Formação de Centro de Excelência
ANEXOS 57
ANEXO 1 - PLANO EMERGENCIAL PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE 59
ANEXO 2 - LISTA DE ALUNOS DO CURSO NACIONAL DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA 99
ANEXO 3 - PROCEDIMENTOS SIA / AIH / SUS / PORTARIA N° 3 739/GM 105
ANEXO 4 - CENTRO DE REFERÊNCIA HÉLIO FRAGA 119
ANEXO 5 - CENTRO DE EXCELÊNCIA DE COMBATE À TUBERCULOSE 133
ANEXO 6 - RESOLUÇÃO NÚMERO 284 DE 06 DE AGOSTO DE 1998 DO CNS 153
ANEXO 7 - SEMINÁRIO DE BRASÍLIA 159
ANEXO 8 - FORMULÁRIOS PARA USO NO PNCT 171

Prefácio

A Tuberculose, um dos mais tradicionais males da humanidade, está ressurgindo. Os fatores principais são conhecidos: a persistência da pobreza e a expansão da epidemia da AIDS. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 8 milhões de casos novos e quase 3 milhões de mortes por tuberculoses tem ocorrido a cada ano, caracterizando uma situação epidêmica. Os tratamentos mal conduzidos engendram, por sua vez, o aparecimento de cepas resistentes do bacilo tuberculoso que complicam extraordinariamente o combate à doença, multiplicando até 200 vezes o custo do tratamento e aumentando a mortalidade.

O mais surpreendente disso tudo é que se dispõe de meios técnicos eficazes para o diagnóstico e o tratamento da Tuberculose a preços baixos. A relação custo-benefício (salvar vidas) do combate a essa doença é uma das menores entre todas as intervenções cruciais da saúde pública moderna.

No Brasil, quase 90.000 casos são notificados por ano; como há subnotificação, estima-se que o número seja maior, elevando-se talvez a 130.000. No entanto, pouco mais de 70 por cento dos casos tratados estão sendo comprovadamente curados; os 30 por cento que restam constituem uma "bomba de tempo" na direção do agravamento generalizado do problema. Além disso, é provável que mais de 10.000 vidas sejam perdidas anualmente no País por essa causa. Isso tudo porque o Programa de Controle deteriorou-se progressivamente nos últimos anos, levando a uma situação em que o Coordenador de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde chegou a chamar de "um descalabro consentido".

Decidimos corrigir essa situação. A Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária da Secretaria de Políticas de Saúde estabeleceu os objetivos e as principais diretrizes de ação, tendo sido apresentados ao Conselho Nacional de Saúde e por ele endossada. Convoquei, também, os diferentes setores do Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios, além das Organizações interessadas da Sociedade Civil, para, juntos, formularmos o novo Plano de Combate à Tuberculose no Brasil e estabelecermos um novo pacto para executá-lo com sucesso. O Seminário realizado para consolidar a proposta teve a participação de cerca de 160 pessoas ligadas à área: pesquisadores, professores universitários, trabalhadores da saúde das áreas federal, estadual e municipal, de todo o Brasil.

Esse esforço resultou no plano que ora apresentamos:

a) implementar a cobertura do programa da Tuberculose em 100% dos municípios;

b) diagnosticar em três anos, pelo menos 92% dos casos esperados e tratar com sucesso, pelo menos 85% deles;

c) reduzir a incidência nos próximos nove anos no mínimo em 50%; no mesmo período reduzir a mortalidade em dois terços.

O plano contém novidades: implanta a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment – Short course) recomendada pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é agilizada através da criação de novos procedimentos da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério, permitindo pagar um bônus ao serviço de saúde que diagnostica, trata, cura e devolve o paciente curado à sociedade. Prevê também o pagamento de um bônus pela supervisão do tratamento.

Além disso, organizamos um mecanismo de informação ágil que servirá, simultaneamente, como indicador epidemiológico, técnico, operacional e para fins administrativos e controle financeiro, permitindo assim diagnósticos rápidos da situação do agravo.

Como disse, o plano amplia para todos os municípios a cobertura do Plano Emergencial – antes abrangia menos de cinco por cento do total - além de prever a construção de uma Rede de Excelência para o Controle da Tuberculose no País.

O Ministério da Saúde está cumprindo assim o seu papel. É preciso, porém, enfatizar que estamos diante de um empreendimento que, obrigatoriamente, deve ser realizado em conjunto com os Estados e os Municípios, as comunidades e as famílias, enfim, com toda a sociedade brasileira.

José Serra
Ministro da Saúde

Apresentação

Este documento registra a conceituação do Plano Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT.

O Plano ordenará as ações no Combate à Tuberculose, buscando alcançar resultados que situem o País numa posição de controle do flagelo, que indiquem eficácia em todas as fases da gestão e nas ações necessárias ao alcance das Metas estabelecidas e, sobretudo, que decorram da união de esforços, de recursos e de competências em rede nacional que maximize os benefícios obtidos e que possa ser reconhecida pela excelência em seus movimentos.

O PNCT supõe que o País, em que pesem os elevados números indicativos do flagelo, dispõe de inteligência no trato das questões da Tuberculose e de massa crítica de recursos suficientes para iniciar, com sucesso, a reordenação de suas ações, almejando indicadores bem mais favoráveis. Espera-se que o desenrolar do processo indicará, com precisão, os pontos que merecerão atenção ainda mais redobrada para que se alcance a excelência nas ações idealizadas.

As metas do PNCT são:

- ***Implementar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para 100% dos Municípios;***
- ***Em três anos (2001) serão diagnosticados pelo menos 92% dos casos esperados e tratados, com sucesso, pelo menos 85% dos casos diagnosticados;***
- ***Em nove anos (2007) a incidência terá sido reduzida, no mínimo, a 50% e a mortalidade em dois terços.***

O detalhamento do PNCT, neste texto, se inicia com a INTRODUÇÃO que situa o contexto atual da Tuberculose no Brasil e no mundo e analisa as estatísticas da doença, comparando-as com as de outros agravos. Nesse capítulo dá-se destaque às causas da Tuberculose procurando-se situar a questão da gestão de um plano para o seu controle. Observa-se que a ação do Estado foi e será fundamental nessa cruzada na qual os Cenários em relação à Tuberculose são: 1) o de Agravamento do Quadro, se o País não se mobilizar e inovar no Controle do agravo; 2) o de Mudança, possível a partir da configuração do presente PNCT, que objetivará alcançar as Metas antes descritas.

No Capítulo 2 – PNCT descreve-se, suscintamente, o seu surgimento, reservando para os Capítulos seguintes o seu detalhamento.

No Capítulo 3 – METAS DO PNCT são apresentados os dados que nortearão as ações da área de saúde no novo contexto do controle da doença.

O Capítulo 4 – BASES UTILIZADAS PARA ELABORAÇÃO DO PNCT são apresentados os fundamentos do Plano, os recursos humanos existentes, as suas Normas Gerais, a Matriz Programática de Atividades, os seus Indicadores de Avaliação, as Atribuições do Ministério da Saúde e as Funções das Secretarias de Saúde.

No Capítulo 5 – PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PNCT são apresentadas as Fases que caracterizam o desenvolvimento do projeto ora transformado em Plano Nacional, detalhando aspectos ligados à participação ampla de representantes da área da saúde e a nomeação de um Comitê Técnico Científico Assessor à Tuberculose.

No Capítulo 6 – INSTRUMENTOS DE AÇÃO E ORGANIZAÇÃO NO NÍVEL FEDERAL são registradas as ligações dos vários órgãos, a Revisão das Tabelas de Remunerações, Aspectos da Coordenação e da formação de uma Rede de Excelência.

Este documento traz, ilustrando ou complementando o texto do Plano propriamente dito, um conjunto de Anexos que detalham partes substantivas do PNCT tais como: Anexo 1 – versão integral do Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, que tem suas ações incrementadas pelo PNCT e continua ativo, inclusive em termos dos Convênios e ações deflagradas; Anexo 3 – que detalha os procedimentos do SIA/AIH/ SUS; Anexo 4 – que apresenta o Centro de Referência Hélio Fraga, instituição que vem trabalhando no suporte ao PNCT e como órgão de apoio e assessoramento aos Estados e Municípios, bem como órgão de pesquisa e treinamento no campo da Tuberculose e outras pneumopatias e sede do Laboratório Nacional de Referência de Micobacteriologia; Anexo 5 – que detalha o Centro de Excelência de Combate à Tuberculose, ampla rede que se forma para suportar o PNCT. Os trabalhos de diagnóstico e cenarização deste Projeto Centro de Excelência foram incorporados ao arcabouço do PNCT no seu capítulo 1; Anexo 7 – que apresenta os resultados e a programação do Seminário de Brasília em 12, 13, 14 de outubro de 1998, onde o PNCT foi analisado, debatido e referendado, bem como registra as contribuições havidas e a lista de presentes ao evento.

Também, como Anexos são apresentados os nomes de todos os alunos que fizeram cursos do CRHF (Anexo 2), a Resolução 284 de 6 de agosto de 1998 (Anexo 6) e, finalmente, o Anexo 8, que apresenta, para possibilitar a reprodução em tamanho conveniente, os formulários que foram apresentados no texto do PNCT.

Cumpre ressaltar os agradecimentos à Petrobras pelo patrocínio da edição deste livro.

1. Introdução

A Tuberculose é um flagelo milenar. O conhecimento da dinâmica dessa doença tem como marco a identificação do bacilo *M. tuberculosis* por Robert Koch, em 1882. No passado, a doença foi disseminada pelos fluxos migratórios ou em decorrência das guerras e da colonização das novas terras descobertas a partir do século XV.

Antes dos antibióticos, o tratamento da Tuberculose era precário, com elevada taxa de mortes dos indivíduos afetados.

O advento da quimioterapia, baseada nos antibióticos, com índice esperado de cura de até 95% dos casos, originou a euforia pela possível erradicação definitiva da "peste branca".

No entanto, três especificidades da Tuberculose mudaram o quadro de euforia para um cenário de recrudescimento do flagelo, inclusive indicando perspectivas muito preocupantes se negligenciadas medidas adequadas de ações de controle.

O bacilo vem sofrendo mutações para formas mais resistentes, que demandam longo período de tratamento e complicam o controle da doença. Nessa linha já surgiu o bacilo resistente a múltiplas drogas, o qual não responde ás terapias convencionais e, mesmo com o uso de medicação especial, apresenta alta letalidade.

Do ponto de vista epidemiológico, verifica-se que cerca de um terço da população mundial carrega o Bacilo de Koch, capaz de causar a doença em qualquer época da vida do hospedeiro. Por outro lado, no curso da doença, os pacientes contaminam em média dez outros indivíduos, perpetuando o ciclo da Tuberculose.

Tal situação agrava-se com o aparecimento de bacilos resistentes às drogas habituais, fruto, na maioria das vezes, de tratamentos irregulares com grandes percentuais de abandono.

O curso de ampliação do problema é reversível desde que tomadas medidas urgentes e inovadoras em várias frentes.

Nesse sentido, foi elaborado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT, apontando um caminho que inova na gestão dos projetos da área da saúde, que otimiza as ações dos vários agentes e que valoriza os esforços dos que vêm, desde a década de 50, sustentando uma luta firme contra esse agravo.

O Centro de Referência Hélio Fraga, em parceria com a COPPE/UFRJ, desenvolve a metodologia de formatação de um Centro de Excelência no campo do Combate à Tuberculose, projeto que é apresentado em anexo no presente trabalho. Configura-se, para aprimorar os esforços nessa direção, uma importante rede de parceiros: laboratórios, órgãos públicos e privados, empresas e instituições, unidos segundo diretrizes e objetivos emanados dos setores competentes, operando de forma integrada e consensual e caracterizando, pela solidez da ação conjunta, um modelo percebido como uma entidade única. Daí o nome Centro de Excelência.

1.1 - Considerações Gerais

O mundo assiste hoje à dramática tendência de ressurgimento e expansão dos flagelos tradicionais que sempre afligiram a humanidade. A Organização Mundial de Saúde -OMS vem reiterando apelos para que os países adotem procedimentos severos de contenção das doenças epidêmicas, como é o caso da Tuberculose. Paralelamente, intensifica a promoção de intenso debate sobre as questões pertinentes. O Brasil não fica excluído desse panorama crítico.

Bolsões de pobreza nas cidades mais populosas constituem terreno fértil para a disseminação da Tuberculose. De um lado, a pobreza por si só contribui decisivamente para a manutenção de um quadro geral propício ao avanço da doença. De outro, a emergência da AIDS e a desinformação vigente sobre nutrição, promoção da saúde e prática de vida saudável completam os requisitos para a escalada do problema.

Após a década de 50, graças ao sucesso dos antibióticos, a aposta na quimioterapia fez os governantes descuidarem progressivamente do monitoramento da moléstia.

TUBERCULOSE NO BRASIL

	1985	**1986**	**1987**	**1988**	**1989**	**1990***	
Casos Notificados	84.310	83.731	81.826	82.395	80.375	74.570	
Coeficiente/100 000	64,6	63,0	60,4	58,5	57,1	52,0	
	1991	**1992**	**1993 ** **	**1994 ** **	**1995**	**1996**	**1997**
Casos Notificados	84.990	85.955	75.453	75.759	91.013	85.860	83.309 ***
Coeficiente/100 000	57,8	57,6	54,0	47,6	58,6	54,7	51,7

90 - RJ informou apenas dados do município do Rio de Janeiro – 93/94** Exceto Rio de Janeiro*
*** - RJ, PR, dados provisórios* *Fonte: CRHF/CNPS/CENEPI/FNS/MS*

A Tuberculose mereceu, no passado, as atenções dos governantes, que se empenharam em estruturar no País um dos mais bem montados sistemas de Combate ao mal. Em virtude das medidas adotadas, os índices da doença tornaram-se declinantes a partir da década de 80. Atualmente, porém, esses indicadores voltam a piorar e as causas gerais são as mesmas relatadas nos parágrafos anteriores. Cabe ainda acrescentar, no exemplo brasileiro, dois fatores específicos dessa tendência: a) a desestruturação momentânea ocorrida em 1991, com a extinção da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, enfraqueceu a organização de Combate ao flagelo, inclusive por falta de medicamentos; b) a extinção da Central de Medicamentos, que repetiu as interrupções no fornecimento de remédios para os pacientes. Sabe-se que o tratamento da Tuberculose é longo (no mínimo 6 meses), e que os remédios adequados não se

encontram à venda, sendo fornecidos gratuitamente pelo Governo. O abandono da terapia, a irregularidade na tomada de medicamentos ou sua suspensão forçada agravam o estado do doente e favorecem o aparecimento de cepas de bacilos de crescente resistência.

A Tuberculose dissemina-se através do ar. Seu bacilo é transportado pelas gotículas de saliva expelidas pela tosse, fala ou espirro de doentes (ainda não descobertos e tratados). O contagio, com maior freqüência, se dá pela proximidade com o doente em casa, ocorrendo, também, em ambientes fechados (como no local de trabalho, salas e espaços refrigerados).

TUBERCULOSE NAS REGIÕES DO BRASIL

Casos Notificados	**BR**	**N**	**NE**	**CO**	**SE**	**S**
97*	83.309	6.756	24.015	4.153	39.789	8.616
86	83.731	6.808	26.890	4.106	36.429	9.698
Casos / 100.000 hab						
97*	51,7	56,7	52,3	38,2	57,9	36,1
86	63,0	88,2	69,4	45,8	63,7	47,0

Fonte: CNPS / CENEPI / FNS / MS ** Dados do RJ, PR são provisórios.*

Não há como eliminar o bacilo de todos os indivíduos infectados. Ele se aloja mais freqüentemente no pulmão, por tempo indefinido, embora possa infectar todas as partes do corpo humano, permanecendo contido pelas células de defesa do organismo. Em decorrência da diminuição da resistência orgânica (desnutrição, subnutrição, stress ou associação de outras doenças), tende a reproduzir-se intensamente e pode provocar a morte, caso não seja tratado devidamente. A partir desse início de reprodução, considera-se instalada a doença, podendo ocorrer a contaminação de terceiros. O uso irregular de quimioterápicos e o abandono de tratamento por parte significativa de pacientes levaram ao desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes as drogas atualmente conhecidas.

A doença pode provocar graves lesões que perduram após o extermínio do bacilo, causando grande sofrimento ao paciente.

Desenha-se, então, um quadro de aumento da letalidade da tuberculose, que precisa ser equacionado com rapidez.

1.2 - Os Números da Tuberculose

Estima-se em mais de 50 milhões o número de brasileiros infectados. No mundo, existem quase 2 bilhões de indivíduos nessa condição, a grande maioria vivendo nos

países subdesenvolvidos ou emergentes. Destacam-se a Índia, a China, a Indonésia, Bangladesh, a Nigéria, o Paquistão, as Filipinas, o Congo, a Rússia, o Brasil, como os de maior incidência da doença propriamente dita.

Calcula-se que um novo doente infecta, em média, dez indivíduos antes de ser tratado e tornar-se não transmissor. Dez por cento dos infectados desenvolverão tuberculose ao longo de suas vidas, devido a queda de sua resistência orgânica e ou reinfecção. Portanto, é muito difícil reverter o avanço do processo contagioso.

No Brasil, em 1996, foram notificados 85.860 novos casos de tuberculose e a OMS recebeu, para todo o mundo, uma notificação de 3,8 milhões de casos novos, do total de 7,4 milhões estimados. Em 1997 houve 83.309 notificações, devendo-se ressalvar que os dados do Estado do Rio de Janeiro e do Paraná são provisórios.

O número de casos notificados não representa a plena realidade, pois parte considerável dos doentes não é registrada oficialmente. O fato decorre das deficiências da rede de saúde pública, das dificuldades para diagnosticar a doença ou até mesmo para identificar os enfermos que não procuram os postos de saúde. Conjetura-se que o número real esteja no patamar de 130.000 novos casos por ano, representando difícil cenário no que tange ao Controle dessa endemia e aos riscos de sua maior disseminação. Por outro lado, mesmo considerando os casos identificados, observa-se um retardo no diagnóstico da doença – o que aumenta o tempo de propagação do bacilo pelo seu portador e agudiza o quadro do paciente.

No Brasil, as mortes oficialmente atribuídas à Tuberculose somaram 5.928, em 1996. Segundo o prognóstico da OMS, no período 1994-2004 terão morrido, na população mundial, 30 milhões de tuberculosos.

O índice de cura atinge, no Brasil, 75% dos casos tratados, mas poderia chegar a 95%, não fossem as deficiências do sistema de assistência e Controle da doença. Parte das mortes é inevitável, devido à associação com outras doenças, à emergência de bacilos resistentes a multidrogas e à fragilidade orgânica de parcela dos afetados.

Um bom indicador do estágio em que se encontra um país no controle da Tuberculose é a estatística de casos notificados por 100.000 habitantes. Como a Tuberculose está fortemente associada à deflagração de crises sociais ou à pobreza da população, esse índice mede, na opinião de muitos, não somente a qualidade dos serviços de Combate à Tuberculose, mas também o estágio de desenvolvimento econômico e social do país em pauta.

A influência de uma crise social, agravando o problema da Tuberculose, pode ser visualizada mais facilmente nos números do Japão e dos países europeus no período pós-guerra, da Rússia nos dias atuais e de Cuba na década de 90 com a situação criada pelo rompimento do acordo de cooperação econômica com a ex-União Soviética (indicadores em ascensão ou em elevados patamares). O caso de Cuba é clássico, já que esse país, embora de baixa renda per capita, obteve sucesso no Controle da Tuberculose, alcançando índices mais favoráveis do que os países do Primeiro Mundo. Em função de dificuldades econômicas, com reflexos em toda a sociedade, houve o recrudescimento do flagelo já controlado, com aumento significativo dos índices.

TUBERCULOSE NO MUNDO – PAÍSES SELECIONADOS*				
PAÍSES COM MAIOR NÚMERO DE CASOS NOVOS/ANO	**1985**	**1990**	**1995**	**1996**
ÍNDIA	1.168.804	1.519.182	1.214.876	1.300.935
CHINA	226.899	375.481	357.829	469.358
FILIPINAS	151.028	317.008	235.496	276.295
BRASIL	**84.310**	**84.990 ****	**91.013**	**85.860**
ÁFRICA DO SUL	59.349	80.400	86.924	91.578
RÚSSIA	64.644	50.641	84.980	111.075
VIETNAN	46.941	50.203	55.739	74.711
ALGUNS PAÍSES PARA ANÁLISE COMPARATIVA COM O BRASIL				
CORÉIA DO SUL	87.169	63.904	33.196	31.134
ARGENTINA	15.987	12.309	13.433	13.397
MÉXICO	15.017	14.437	11.329	10.852
COLÔMBIA	12.024	12.447	9.912	9.702
ESPANHA	10.749	7.600	8.764	8.331
CHILE	6.644	6.151	4.138	4.038
VENEZUELA	4.822	5.457	5.554	5.576
CUBA	680	546	1.607	1.579
GRUPO DOS PAÍSES RICOS				
JAPÃO	58.567	51.821	43.078	42.122
EUA	22.201	25.701	22.860	21.337
ALEMANHA	20.074	14.653	12.198	11.814
FRANÇA	11.290	9.030	8.723	7.656
REINO UNIDO	6.666	5.908	6.176	6.238
ITÁLIA	4.113	4.246	5.627	4.155
CANADÁ	1.908	1.964	2.074	• • •

* *Os dados apresentados são oficiais da OMS e do Brasil, do MS, porém há que se considerar a possibilidade de sub-notificação em* vários países.

** Dados de 1991.

A influência do crescimento da economia nacional é perfeitamente captada no exemplo da Coréia do Sul, do Japão e das principais nações da Europa. A queda dos indicadores é sistemática e real e, provavelmente, só não é maior, por efeito da epidemia da AIDS e do ainda acentuado remanescente rol de infectados. Os EUA apresentam indicadores ainda mais baixos, refletindo o seu estágio de riqueza e uma longa história de enfrentamento do agravo.

Os números oficiais, apresentados nas tabelas deste trabalho, devem ser entendidos no âmbito de uma análise crítica de cada país, pois a subnotificação constitui uma regra no bloco subdesenvolvido. O crescimento dos índices pode revelar uma

melhoria na identificação dos doentes – o que beneficiaria o serviço de controle. Todavia poderá indicar também um avanço do flagelo no território analisado.

O indicador dos EUA situa-se no patamar de 7,9 novos casos por 100.000 habitantes, por ano, ou seja, 21.337 novos doentes a cada período. Se esse indicador fosse extrapolado para o Brasil, o número nacional cairia para perto de 13.000, ao invés de permanecer próximo de 80.000. Para se ter uma idéia da distância que separa o Brasil dos índices americanos ou dos países europeus, basta dizer que seria impraticável garantir uma queda no indicador acima de 10% ao ano. E isso só se conseguiria alguns anos depois do início da adoção de medidas adequadas para melhoria da situação. Ou seja, precisaremos de décadas de trabalho árduo para reduzir os índices nacionais a padrões de Primeiro Mundo.

Dados comparativos com outros agravos

TUBERCULOSE NO MUNDO – PAÍSES SELECIONADOS*

PAÍSES COM MAIOR COEFICIENTE/100.000	**1985**	**1990**	**1995**	**1996**
FILIPINAS	276,3	521,6	348,5	398,8
ÁFRICA DO SUL	179,6	216,9	209,6	216,0
ÍNDIA	152,2	178,6	129,8	137,7
VIETNAN	78,4	75,3	74,8	99,4
RÚSSIA	45,2	34,2	57,8	75,0
BRASIL	**64,6**	**57,8 ****	**58,6**	**54,7**
CHINA	21,2	32,5	29,3	38,1
ALGUNS PAÍSES PARA ANÁLISE COMPARATIVA COM O BRASIL				
CORÉIA DO SUL	231,6	149,1	73,8	68,7
ARGENTINA	52,7	37,8	38,8	38,0
CHILE	55,0	46,8	29,5	28,0
COLÔMBIA	40,8	38,5	28,2	26,6
VENEZUELA	28,1	28,0	25,4	25,0
ESPANHA	27,9	19,4	22,1	21,0
CUBA	6,7	5,2	14,6	14,3
MÉXICO	19,9	17,1	12,1	11,7
GRUPO DOS PAÍSES RICOS				
JAPÃO	48,5	41,9	34,4	33,6
ALEMANHA	25,8	18,5	15,0	14,4
FRANÇA	20,5	15,9	15,0	12,9
REINO UNIDO	11,8	10,3	10,6	10,7
ITÁLIA	7,2	7,4	9,8	7,3
EUA	9,3	10,3	8,7	7,9
CANADÁ	7,6	7,1	7,1	• • •

* *Os dados apresentados são oficiais da OMS e do Brasil, do MS, porém há que se considerar a possibilidade de subnotificação em vários países.*

** *Dados de 1991*

A Tuberculose, tal como hanseníase, malária, dengue, cólera, febre amarela, AIDS e algumas outras endemias e epidemias, é uma enfermidade de condicionamentos sociais.

Embora considerado um mal que aflige predominantemente as classes sociais menos favorecidas, atinge também as demais classes, não só pela ocorrência da AIDS, que a todos tem nivelado na incidência da doença, como também em virtude do estilo de vida estressante e artificial do perfil social dominante, que leva à fragilização dos sistemas imunológicos da população.

Nesse quadro, a Tuberculose apresenta uma gravidade peculiar pois, conforme já abordado, a infecção não depende exclusivamente de um contato pessoal ou de fatores controláveis. O indivíduo se infecta no seu ambiente social, inalando o bacilo pelo ar. É claro que, quanto maior o grau de exposição (contato próximo e prolongado com o doente) ou menor a resistência orgânica, maiores são as chances de que a doença se desenvolva. Daí porque a Tuberculose está associada à pobreza. No entanto, a AIDS – ao atingir o sistema imunológico do paciente – colocou a Tuberculose em alta evidência, como uma das doenças associadas mais citadas no caso em tela, refletindo o acentuado grau de infecção da população pelo Bacilo de Koch.

O deficiente Controle da Tuberculose nos dias atuais cria uma situação extremamente perigosa, considerando o aparecimento dos bacilos resistentes a múltiplas drogas.

A Tuberculose resistente às terapias convencionais pode implicar na proliferação universal da doença. Diante desse cenário adverso, a OMS decretou, em 1993, a Emergência Global da Tuberculose. O Brasil seguiu esse alerta e, em 1996, lançou o Plano Emergencial de Combate à Tuberculose, em que procura harmonizar, incentivar e deflagrar novas ações para restabelecer prioridades e agregar novos recursos na cruzada contra esse mal. Isso confere a Tuberculose um status peculiar e de repercussão globalizante. O potencial rompimento do ainda frágil controle da doença preocupa a todos. Não se contendo o avanço da disseminação do bacilo no geral, e em particular do bacilo resistente as drogas atuais, o mundo se verá num estágio de difícil equacionamento do flagelo, com a multiplicação dos efeitos negativos e epidêmicos da doença.

Estatisticamente, a Tuberculose é um mal que impõe perdas expressivas e incomparáveis a sociedade. Por exemplo:

- **E responsável por 32% da letalidade de pacientes HIV-positivo, o triplo de qualquer outra causa patológica (como as neoplasias malignas com 6%, a septicemia com 11% e demais infecções com 10%).**
- **A Tuberculose mata mais mulheres do que todas as causas de mortalidade materna somadas.**
- **A Tuberculose mata mais jovens e adultos do que qualquer outra doença infecciosa.**
- **O bacilo *M. tuberculosis é* um agente infeccioso que acompanha o**

hospedeiro (o ser humano) ate a sua morte, prestes a ataca-lo a qualquer momento, potencializando outras doenças, ou substituindo-as como causa-mortis.

- **A infecção se da pelo ar, diminuindo as chances de proteção humana. Somente a identificação precoce do doente e o tratamento ininterrupto podem reduzir os riscos de infecção para a população.**

- **A manifestação da Tuberculose, no seu estagio inicial – quando o indivíduo já esta infectando outras pessoas – é confundida, pelos leigos, com gripe, bronquite, alergia respiratória ou outras pneumopatias, e o retardo no seu diagnóstico agrava o estado do doente e o processo de disseminação do bacilo.**

- **Em função dos fatores determinantes do surgimento de novos doentes, a Tuberculose será sempre uma doença preocupante, cabendo aos governantes lutarem por medidas imediatas que, entretanto, somente terão reflexos ao longo décadas.**

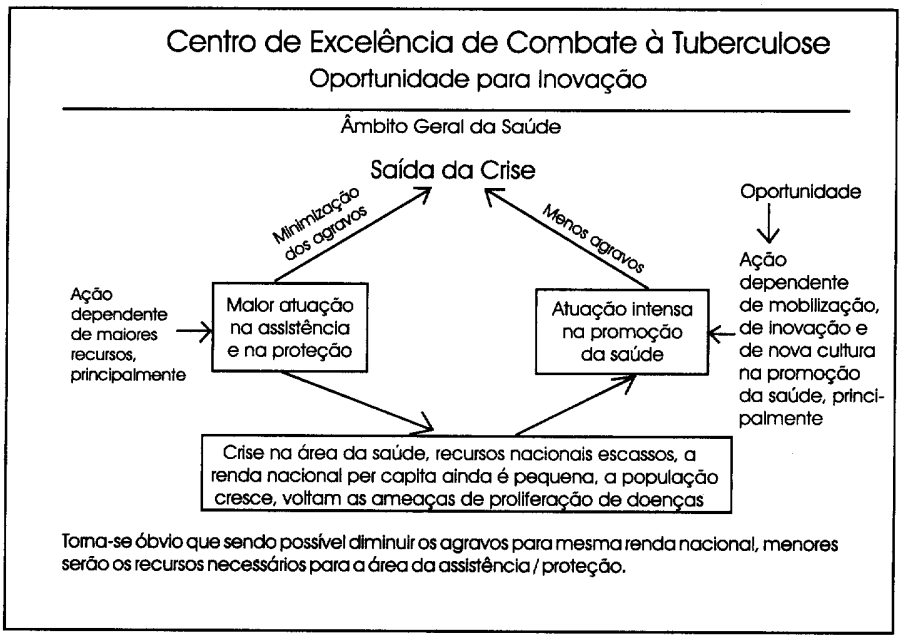
1.3 - Uma análise das causas da Tuberculose

Neste capítulo são sintetizadas as causas mais significativas para a manutenção dos índices da enfermidade em patamar elevado e, também, para o recrudescimento da sua disseminação, anulando, em parte, o trabalho concentrado e sistematizado no seu Controle.

Existem muitas análises científicas em torno dos problemas da Tuberculose. Objetiva-se, neste estudo, caracterizar uma série de questões que poderão motivar os gestores do sistema de saúde e os governantes para: a) mudarem alguns paradigmas de ação e gestão; b) implementarem novas medidas necessárias, ou reforçarem ações até aqui não conduzidas com a ênfase devida; c) introduzirem conceitos mais modernos de ação em rede, de sorte a maximizar os benefícios e o uso dos recursos existentes.

O presente trabalho significa uma indicação de caminhos para equacionar uma problemática já razoavelmente conhecida e não um exercício de descoberta de causalidades ignoradas do flagelo. O conhecimento aprofundado das relações causais e epidemiológicas deve ser objeto de constante preocupação no desenrolar do projeto Centro de Excelência de Combate à Tuberculose – CECT, mesmo porque ainda faltam pesquisas e dados sobre o assunto. Valem-se os gestores e promotores da saúde pública de uma experiência acumulada, da sua observação da realidade brasileira e dos estudos em torno da matéria. Daí decorrem algumas perplexidades que podem resultar no descuido de alguns pontos merecedores de maior atenção.

Por tudo isso, é imperativo conceber um programa abrangente o suficiente para cobrir a maioria das áreas carentes de um esforço sistematizado e, por vezes, específico, quando o consenso for claro e indicar a conveniência de intervenções prementes.



Ao mesmo tempo, é sempre importante salientar que as iniciativas devem partir de toda a sociedade, dos Municípios, dos Estados e do Governo Federal. Então, será possível agir e estimular ações destinadas a cobrir, o máximo possível, áreas de controle do problema. Uma visão reducionista, centrada em um só foco de atuação, impediria o surgimento de forças de cooperação habilitadas – mesmo se oferecendo uma pequena contribuição – a participar da mobilização nacional anti-Tuberculose.

Alguns pontos exigentes de extrema atenção referem-se às **causas relacionadas com o Sistema de Gestão.** As dimensões do País, sua divisão em milhares de localidades e a descentralização de inúmeras atividades para os Estados e Municípios, pedem um empenho especial para aprimorar a gestão no Controle da Tuberculose. Como pontos críticos valem ser citados:

• **Atendimento incompleto ao doente.**

É ainda precária a rede pública de assistência ao tuberculoso ou ao indivíduo com suspeita de estar iniciando um processo patológico. A população pobre tem dificuldades de transporte (falta de recursos), para se alimentar , para aderir ao tratamento e nem sempre é bem recebida nos postos de assistência. Isso impede a elaboração de um diagnóstico e concorre para o abandono do tratamento, com péssimas repercussões para o doente e para o refreamento da Tuberculose.

É tão crítica essa questão que a OMS apregoa o tratamento assistido, o qual, após a identificação da doença, obrigaria o paciente a tomar os remédios sob a supervisão pessoal de um agente de saúde (o que multiplicaria os custos da operação). É viável melhorar bastante o atendimento e, para tanto, impõe-se adequar instalações, treinar recursos humanos e criar melhores padrões de relacionamento com o enfermo.

- **Gerências técnicas sem poder de intervenção.**

  Aqui, observa-se a impotência dos agentes técnicos, em várias circunstâncias, para fazer valer os procedimentos necessários ao efetivo Controle da Tuberculose. Para isso concorrem a independência política dos agentes federais, estaduais e municipais, o corporativismo de algumas entidades e a falta de padrões validados de gestão no ataque ao mal. Como se trata de uma doença que requer métodos padronizados para o tratamento eficaz, muito se perde nessas disputas.

- **Inexistência de programas específicos de promoção da saúde e de informação.**

  Com o sucesso da quimioterapia, a partir da década de 50, houve um afrouxamento da campanha de divulgação sobre cuidados com a Tuberculose, tal como ocorreu com a promoção da saúde em geral. Em função da facilidade de transmissão (o número de doentes em trânsito é elevado) e das possibilidades de um infectado desenvolver a doença, torna-se imperativo organizar uma ampla, constante e maciça programação, visando a transmitir a população os conhecimentos necessários para se proteger, mesmo que em condições sociais inadequadas.

- **Descontinuidade de programas.**

  Em primeiro lugar, é importante considerar as constantes transformações no âmbito federal, que se refletem, algumas vezes, negativamente, na ponta da operação do sistema assistencial e de controle. Até remédios tem faltado, o que é inadmissível, diante das conseqüências imediatas que deterioram o quadro da Tuberculose. Em segundo lugar, passa-se a noção da não importância do combate ordenado, firme e profundo a doença. Persistindo esse cenário, não há como cobrar resultados. Daí a validade de um esforço sistematizado, contínuo e firme de Combate à Tuberculose, com total envolvimento das autoridades e dos gerentes da saúde.

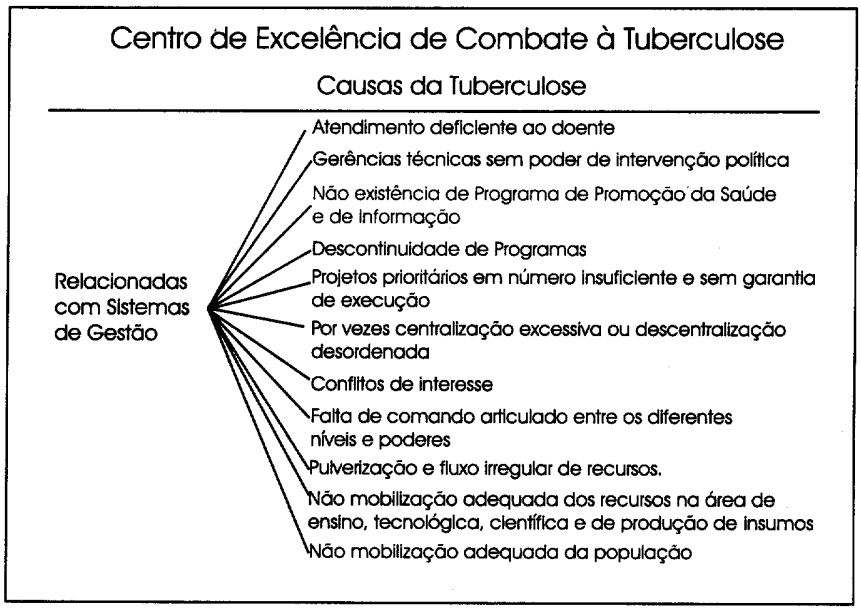
- **Deficiências várias na gestão.**

  Como há descentralização de uma série de atividades e ainda não existe um sistema de cobrança efetivo e institucionalizado de resultados, a omissão, o desinteresse, o conflito administrativo, a não mobilização circunstancial de recursos, se existentes, acabam por fazer com que algumas cidades e até Estados tenham uma deficiente promoção de Combate à Tuberculose. Custa conceber que somente a gravidade da questão estimule os gerentes e atores do processo a aceitarem uma nova abordagem do tema. A perda de energia e os somatórios de deficiências podem simplesmente anular qualquer tentativa de melhoria do quadro. Cumpre, portanto, estabelecer um sistema de avaliação e combate vinculados à ação federal, que permita corrigir os rumos ora inadequados. Agora que se defende uma maior descentralização na assistência, a que mais se faz imprescindível a ação inteligente, a nível de

coordenação nacional, de incentivo, de avaliação, de controle e de realização de projetos e pesquisas operacionais.

- **Não mobilização adequada dos recursos e da população.**

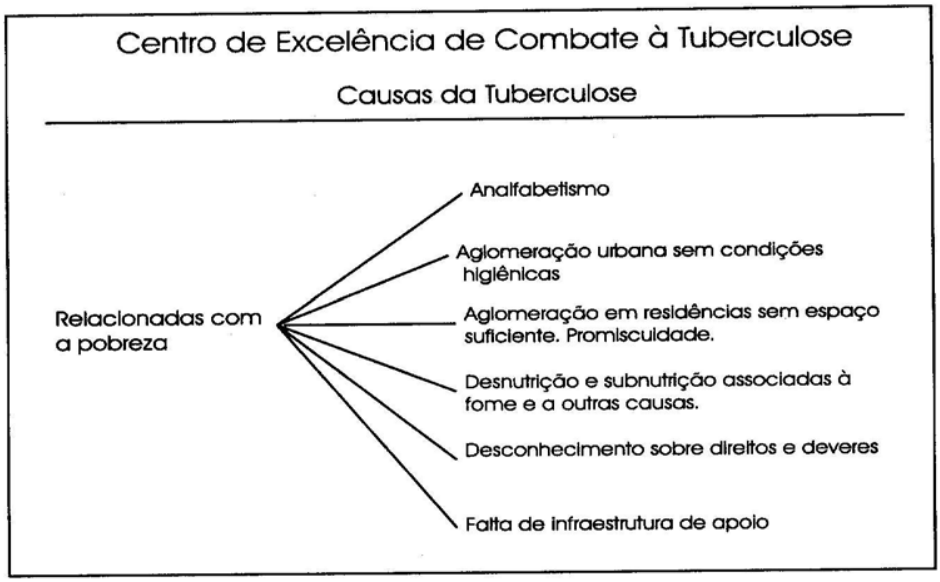
A seriedade do problema e a carência de recursos para um combate eficaz à doença, sugerem um plano abrangente de mobilização da população e de trabalho em rede. Há que buscar o esforço otimizado, dentro de uma visão una e compartilhada da questão, trilhando projetos estratégicos e pesquisas corporativas, numa trajetória rumo à excelência na gestão dos recursos e na participação da sociedade. Hoje isso não ocorre e não existe vinculação dos programas das Universidades, dos Estados e dos Municípios a uma campanha única, inclusive porque falta um sistema de cobrança e de avaliação operando de forma eficaz.



Em plano tão ou mais importante que as citadas anteriormente estão as **causas relacionadas com a pobreza.** Alguns preferem coloca-las em nível absolutamente dominante. No entanto, tal interpretação pode levar os gestores da campanha a se acomodarem na atitude de aguardar a chegada do desenvolvimento econômico como panacéia para o problema.

Sem dúvida, o estágio da prosperidade pressupõe, em sua base, um povo bem alimentado, conhecendo o essencial sobre saúde, capaz de mobilizar-se para exigir melhores padrões de atendimento, contando com recursos financeiros e tecnológicos suficientes para um perfeito equacionamento do Controle da Tuberculose.

Contudo, não é socialmente justo e humano esperar a riqueza para, então, melhorar o sistema de gestão. Logicamente que não. Por isso as causas analisadas precisam ser observadas com prudência, de sorte a se buscar os limites extremos na qualidade da gestão no Combate à Tuberculose, não obstante os poucos recursos apropriáveis. Até porque a criatividade, a inovação e os bons métodos de trabalho não dependem de verbas extraordinárias e produzem bons efeitos.



Há exemplo de sucesso no campo da saúde pública e, particularmente, da Tuberculose, em países de baixa renda per capita, o que contraria a tese de que o enriquecimento nacional é essencial ao Controle desejado. Por exemplo, segundo a OMS, o Perú a um país que apresenta um excelente programa de Controle da Tuberculose.

De qualquer forma, a melhoria no sistema de gestão, elevando o seu padrão ao máximo, é uma obrigação dos governantes, em se tratando de saúde pública. Enfrentar a pobreza e praticar a justiça social constitui meta comum a todos, independente de se pensar em Tuberculose, noutra doença ou em qualquer outra área de interesse do cidadão.

Torna-se claro que muitas razões do avanço da Tuberculose não serão equacionadas no prazo hábil que se necessitaria para obter melhores resultados no Combate à doença. Evidencia-se, entretanto, que os governantes, os engenheiros, os políticos, os empresários e outras importantes personalidades devem, em relação às endemias, aprimorar suas ações e seus projetos, com vistas a aumentar os ganhos, especialmente no Controle da Tuberculose. Discorreremos, a seguir, sobre algumas causas relacionadas com o fruto da desigualdade social, ou seja, a pobreza.

- **Analfabetismo**

  É fundamental que se intensifiquem os planos contra o analfabetismo, inclusive introduzindo nos métodos de treinamento noções de Controle da Tuberculose, já que essa moléstia é tão disseminada na classe pobre.

- **Aglomerações urbanas sem condições de higiene e aglomeração em residências sem espaço suficiente. Promiscuidade. Falta de infraestrutura de apoio.**

  É cômodo considerar que esses problemas decorrem tão somente do nosso estágio atual de subdesenvolvimento. É possível agregar aos projetos, e às soluções de apoio às populações carentes, elementos arquitetônicos e estruturais que favoreçam a higienização dos ambientes. Outrossim, é

fundamental uma política de integração do homem no interior, de modo a minimizar, e mesmo reverter, a migração para as cidades. Uma política habitacional, além de aumentar o número de empregos e a renda das classes menos favorecidas, vem ao encontro de soluções propícias de moradia. Paralelamente, a inversão do fluxo migratório, direcionando-o para o interior, favoreceria o Combate à Tuberculose, em função da melhoria relativa da qualidade de vida dos migrantes. A educação para as camadas de baixa renda estimularia as pessoas a não aceitarem os padrões de vida a que se submetem – parte pelo desconhecimento total dos riscos que enfrentam. A precária higiene e a promiscuidade são reflexos também da falta de apoio educacional.

• **Subnutrição e desnutrição**

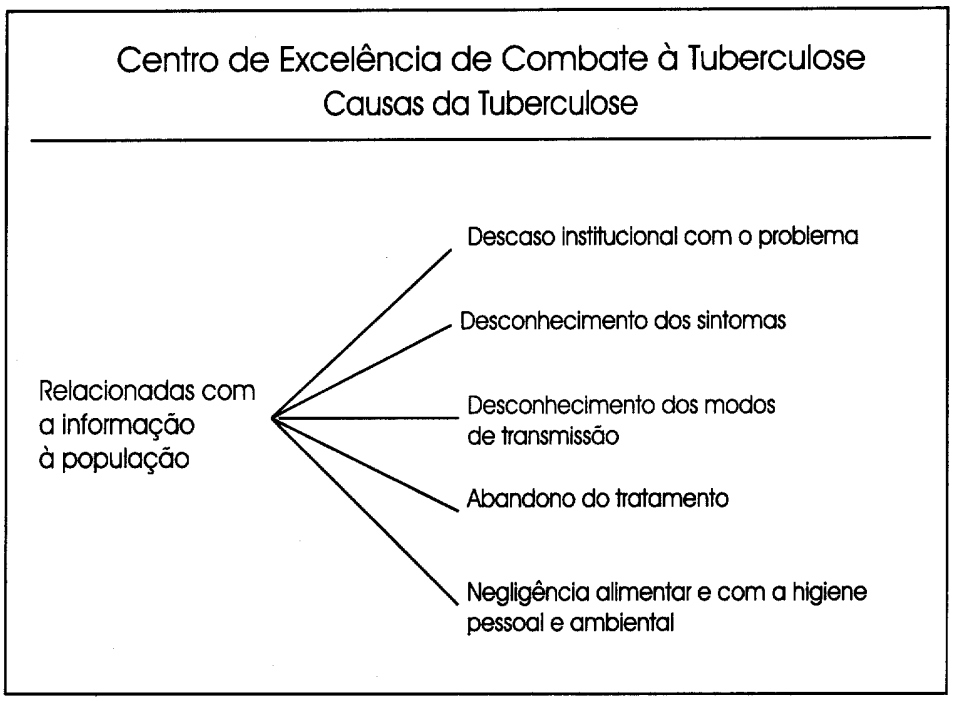
São problemas sempre associados à miséria. Embora hoje se verifiquem esses fenômenos nas classes média e rica, por conta dos péssimos padrões de alimentação induzidos pelo marketing da indústria de produtos processados, bebidas e petiscos, eles são absolutamente agudos para as classes sociais de baixa renda. A deficiência na alimentação conduz a uma vulnerabilidade para todas as doenças, em especial para a Tuberculose. O alto índice de contaminação (muitos doentes das classes mais pobres nos grandes aglomerados), associado à desnutrição (carência alimentar e ainda mau uso dos parcos recursos) ou á subnutrição e promiscuidade (contato freqüente com o doente), exacerbam o quadro da "peste branca".

É crucial que, a curto prazo, as iniciativas de suplementação alimentar sejam ativadas em todo o País, através do fornecimento de cestas básicas, de suplementos alimentares (sopas de legumes e frutas, de sobras de peixe beneficiado, novas misturas, etc). Há que estimular o uso de alimentos básicos (arroz, feijão, farinha, derivados de milho e leite pelo menos), de pequeno custo comparado aos ganhos efetivos em saúde. Custa alto assistir ao doente e recuperá-lo. Comer mal ou quase nada é deficiência às vezes por toda a vida, onerando o sistema de saúde, impotente diante da proporção de miserabilidade instalado em bolsões brasileiros.

Outros pontos de atenção referem-se ás **causas relacionadas com o sistema de informação à população.**

Em verdade, essas causas estão situadas na mesma linha da carência da promoção da saúde e das consequências de problemas na Gestão da Campanha. No entanto, como permitem mais fácil equacionamento, praticamente dependendo de decisão política, são destacadas neste texto, sugerindo pronta melhoria de comunicação com o povo. Referem-se a matérias específicas sobre contaminação, informações básicas sobre a doença, cuidados alimentares e com a higiene pessoal, as conseqüências do abandono do tratamento, etc.

É necessário instituir o mínimo de comunicação e informação, adequadas para os professores, agentes de saúde, médicos e a população em geral, procurando linguagem apropriada para cada público-alvo. Espera-se assim evitar o surgimento de milhares de novos tuberculosos.



Dentre as causas que mantêm a Tuberculose num patamar inaceitável, inscrevem-se as **relacionadas com deficiências no círculo científico e acadêmico.**

Verifica-se uma dispersão de esforços nas Universidades que apresentam seus projetos específicos não integrados a uma rede nacional e à Campanha de Combate à Tuberculose. Não há sistematização de pesquisas e projetos visando a uma ação conjunta. Os projetos são em número insuficiente e mobilizam-se poucos recursos. Os cursos das Universidades não destacam a Tuberculose (como de resto outras endemias) e é restrita a carga horária sobre o tema. Tuberculose é doença associada à pobreza. Não garante renda para hospitais, médicos, ou pesquisadores. Eis como pensam muitos e agem as indústrias de fármacos que não vêem na Tuberculose uma questão prioritária.

Portanto, se o País almejar um destaque no bloqueio sistêmico da Tuberculose terá de ordenar seu instrumental tecnológico em rede e assumir um modelo de excelência que leve à otimização do conjunto.

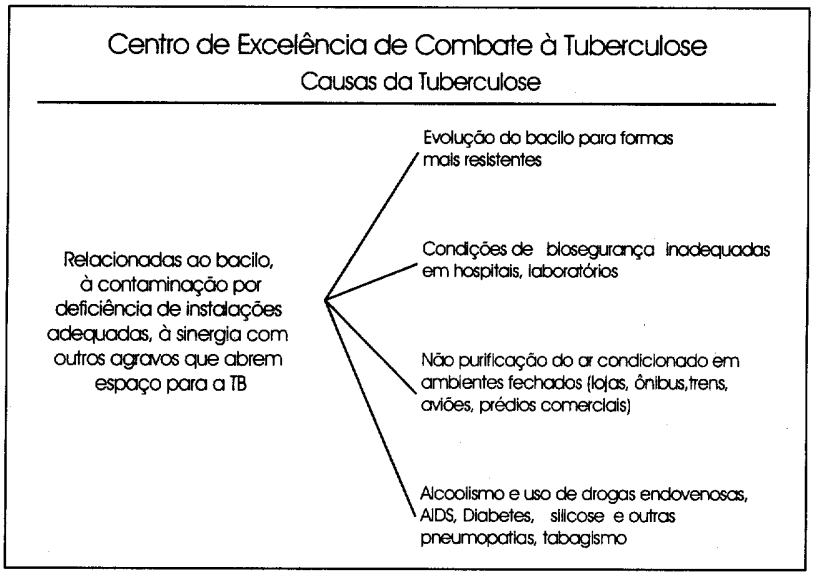
As partes não dispõem de recursos satisfatórios e, sem um novo estímulo, não terão vontade política para agendar uma melhor participação nesse terreno.

É nesse ponto que se destaca o papel do Centro de Referência Hélio Fraga, que vem trabalhando sistematicamente dentro de uma visão integradora, de suporte a outros órgãos e entidades, realizando pesquisa operacional e de ensino multiplicador, cumprindo – sob a limitação dos recursos vigentes – a missão que lhe foi determinada quando de sua criação.

Há um conjunto de causas que se **relacionam especificamente com as instalações de saúde, a sinergia com outras doenças e com o bacilo em si.** Embora pudessem ser englobadas no item anterior, é vantajoso destacá-las para que, desde já, delas se cuide a sério.

Verifica-se uma deficiência quase generalizada na biosegurança das instalações, dos consultórios e laboratórios, para redução das contaminações.

Por outro lado, o aumento da resistência do bacilo *M. tuberculosis* decorre de falhas na terapia (abandono ou irregularidades no tratamento), mas decorre também da absurda tolerância do sistema de saúde brasileiro com os tratamentos inadequados, por conta de farmácias, da automedicação com a conivência do sistema de comercialização de medicamentos, do uso indiscriminado de antibióticos para processamento de alimentos, etc. Compra-se antibiótico como se compram caramelos. Em conseqüência, agrava-se a crise da Tuberculose. Assim, uma campanha que fiscalize o uso de antibióticos é vital para o sucesso na guerra à doença.



É preciso, igualmente, atentar para o controle da qualidade do ar de ambientes fechados. Hoje não há especificação rigorosa para essa fiscalização, embora se conheça o risco de contaminação nesses locais. A biosegurança deverá receber maior atenção.

Finalmente, há que considerar, atentamente, as associações da Tuberculose com outras enfermidades. Ênfase especial deverá ser posta após o advento da AIDS, pois modificou radicalmente a epidemiologia da Tuberculose. A questão é complexa e envolve a saúde da população em geral.

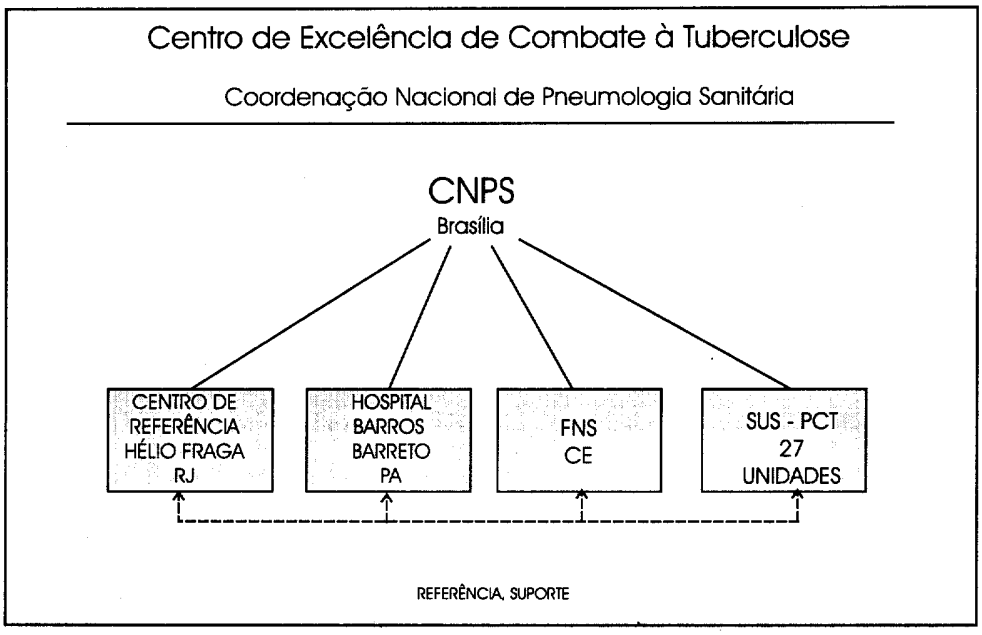
1.4 - A Ação do estado no controle da Tuberculose e o papel do Centro de Referência Hélio Fraga (CRHF)

O Brasil apresenta um Projeto estruturado de Controle da Tuberculose. O Ministério da Saúde coordena ações de âmbito nacional, através da Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária e do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional da Saúde.

Uma das entidades que atua em nível nacional é o Centro de Referência Hélio Fraga. Este desenvolve trabalhos efetivos nas áreas de ensino, pesquisa e de

laboratório. Presta, dessa forma, assessoria ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Também, desenvolve modelos de Vigilância Epidemiológica.

No início de 1998, o CRHF editou um "Folder" (Anexo 4) que sintetiza os resultados obtidos desde a sua fundação em 1984, seus trabalhos e sua atuação no PNCT, registrando a relação de seus recursos laboratoriais. O "Folder" do CRHF foi elaborado para estabelecer o processo de evolução rumo ao modelo de Centro de Excelência e, desta forma, contribuir ainda mais com os órgãos do Governo Federal, dos Estados e dos Municípios, e com as Universidades na luta contra a Tuberculose. O modelo em mira será baseado numa rede composta por órgãos governamentais, empresas, Universidades e Centros de Pesquisa do País e do exterior. A consulta ao "Folder" é essencial para se conhecer a participação do CRHF e para o entendimento de outros detalhes do problema da Tuberculose.



1.5 - Cenários relativos à Tuberculose

Tem havido um esforço constante dos órgãos públicos para o combate à doença, hoje consubstanciado no Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Em que pese toda a mobilização nesse sentido, os índices representativos do quadro da Tuberculose no Brasil não são favoráveis. Ganhos notáveis foram alcançados, mas o coeficiente de 1996, 54,7 novos casos notificados por 100.000 habitantes, situa o País em posição ainda bem distanciada do que se avaliaria como satisfatório para a realidade nacional. Os dados reais/estimados são ainda mais preocupantes e devem superar 80.

Países como a Argentina, o Chile, a Venezuela, a Espanha, Cuba e o México revelam números e estatísticas da doença bem inferiores aos do Brasil. Já os Países ricos apresentam índices abaixo de 1/5 dos registrados entre nós.

Condições estruturais e emergentes, tanto no Brasil como no mundo, apontam para uma inquietante tendência de evolução desfavorável da Tuberculose. No caso

brasileiro, o assunto merece cuidado especial pelas condições peculiares que podem agravar ainda mais a exposição nacional ao flagelo.

As dimensões numéricas do problema brasileiro, já discutidas anteriormente, são as seguintes: 1) 120.000 a 130.000 novos casos de doentes por ano, com notificação oficial na faixa 80.000 - 90.000; 2) contaminação de mais de 1.000.000 de pessoas a cada ano pelo contato com os doentes; 3) existência de mais de 50.000.000 de infectados e, portanto, passíveis de desenvolver a doença; 4) 6.000 mortes por ano, dados notificados.

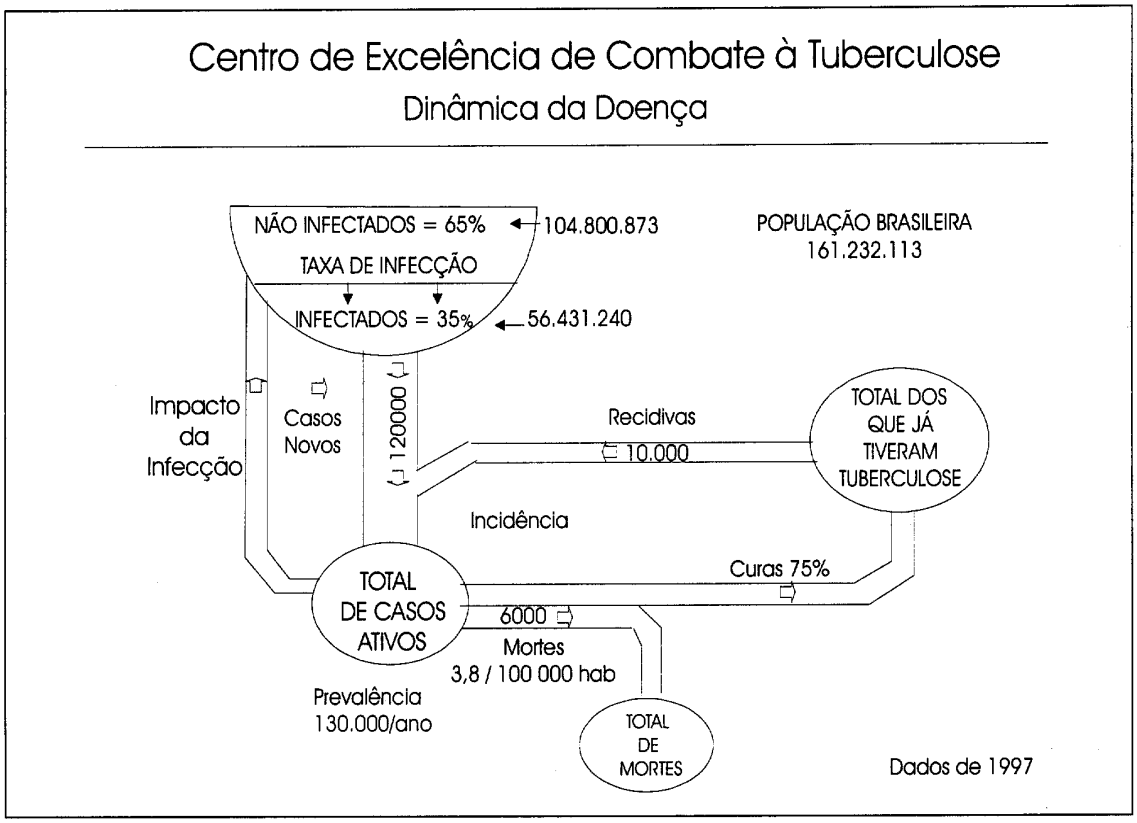
Vários aspectos negativos contribuem para que não se consiga, à curto prazo, uma queda notável e sustentada nos indicadores da doença. No Brasil, essas questões são sintetizadas a seguir: 1) inadequação dos recursos para o ataque ao flagelo, dada a dimensão do problema; 2) falhas crônicas no sistema de gestão (considerando todas as esferas envolvidas); 3) falhas ocasionais gravíssimas no fornecimento de drogas, resultando na irregularidade do tratamento e no aumento do abandono do mesmo, com conseqüente aumento da resistência dos bacilos à terapia; 4) deficiências na área da Prevenção e da Promoção da Saúde; 5) advento da AIDS facilitando, nos indivíduos já infectados pelo bacilo da Tuberculose ou que venham a se infectar, a evolução da doença; 6) existência de bolsões de pobreza, mantendo milhões de pessoas subnutridas e vivendo em ambientes que estimulam a disseminação do bacilo; 7) surgimento do bacilo multidroga resistente, com alta letalidade; 8) impossibilidade de mudança do nosso perfil social, no curto prazo, protelando seriamente a reversão da endemia.

CENÁRIO UM – AGRAVAMENTO DO QUADRO – CEA

Se considerarmos todos os fatores que influem isoladamente na evolução da Tuberculose, verificamos que os itens 5, 6, 7 e 8 acima sinalizariam para um agravamento da situação. Não há como imaginar, no curto prazo, mudanças que alterem significativamente a conjuntura de pobreza, que reduzam a influência da AIDS no avanço da Tuberculose, que introduzam novas tecnologias capazes de deter e reverter a escalada da resistência do bacilo às drogas, ou de oferecer novas formas de tratamento que modifiquem o processo atual de ataque à doença. É evidente que todos buscam a inovação tecnológica para um maior sucesso no Controle da Tuberculose. Entretanto, não se pode incorporar ao planejamento a certeza do êxito.

Já se olharmos as questões de 1 a 4, podemos antever que muito pode ser feito para alterar positivamente o espectro da Tuberculose.

No **CEA,** entende-se, que será mantida a situação atual no trato da Tuberculose e que não haverá ações substantivas para: 1) Integrar efetivamente a União, os Estados, os Municípios e a sociedade nas questões da Prevenção, do Combate e do Controle da doença; 2) Aprimorar a gestão de todas as iniciativas envolvendo a Tuberculose; 3) Aumentar os recursos disponíveis para o PNCT; 4) Estabelecer parcerias estratégicas entre os órgãos públicos, empresas, Universidades, centros de pesquisa, visando a otimizar o uso dos recursos existentes e os adicionalmente disponibilizados.



Também, no **CEA** estima-se que as eventuais melhorias decorrentes da descentralização e municipalização da Assistência ao doente e de bons planos isolados de alguns Estados ou Municípios não serão suficientes para situar a média nacional em escala decrescente de gravidade. A própria municipalização, se não for perfeitamente gerenciada, poderá inibir ou se desvincular das ações conjugadas de combate ao mal. Em casos como o da Tuberculose não é lícito cometer o erro de julgar que a descentralização seja, por si só, uma medida de impacto e solitariamente capaz de reverter a desfavorável realidade da doença. Evidencia-se a necessidade de maior eficácia nas pesquisas de suporte à avaliação epidemiológica e aos tratamentos, da conjugação de esforços para evitar a repetição de trabalhos, da criação de múltiplas maneiras de tratar os pacientes e de encarar o problema da Tuberculose, de maior acessibilidade a Bancos de Dados confiáveis, de maior rendimento na pesquisa tecnológica. A perda da inteligência corporativa, no caso da Tuberculose, traduzir-se-ia num desastre para o País. No **CEA,** a visão é a de que os efeitos negativos, com reflexos na propagação da doença, dada a permanência da atual situação gerencial, também não são anulados por pequenos ganhos no item social. Esses efeitos são de médio e longo prazos, embora na hipótese das perdas se observe um reflexo mais imediato (como em Cuba e em alguns países europeus).

O CENÁRIO UM – AGRAVAMENTO DO QUADRO indica, com grande probabilidade, uma exacerbação da gravidade da Tuberculose no País ou, na melhor das perspectivas, a manutenção da desconfortável situação vigente.

Centro de Excelência de Combate à Tuberculose

Cenário um - Agravamento

Este cenário indica as consequências da insuficiência das ações oficiais e não governamentais no Combate à Tuberculose, acarretando o crescimento dos índices da doença.

CENÁRIO AGRAVAMENTO DO QUADRO

ANO	Nº CASOS	COEF. INCID. (1000.000 hab)	CURA %	COEF. MORTALI. (100.000 hab)	ABANDONO %	LETALIDADE %
1998	90.000 *	60,0	75,0	3,8	14	6
1999	91.800	61,2	75,0	3,8	14	6
2000	93.636	62,4	75,0	3,8	14	6
2001	95.508	63,7	75,0	3,8	14	6
2002	97.419	65,0	75,0	3,8	14	6
2007	107.558 *	71,8	75,0	3,8	14	6
	Crescimento de 2% ao ano	Crescimento de 2% ao ano				

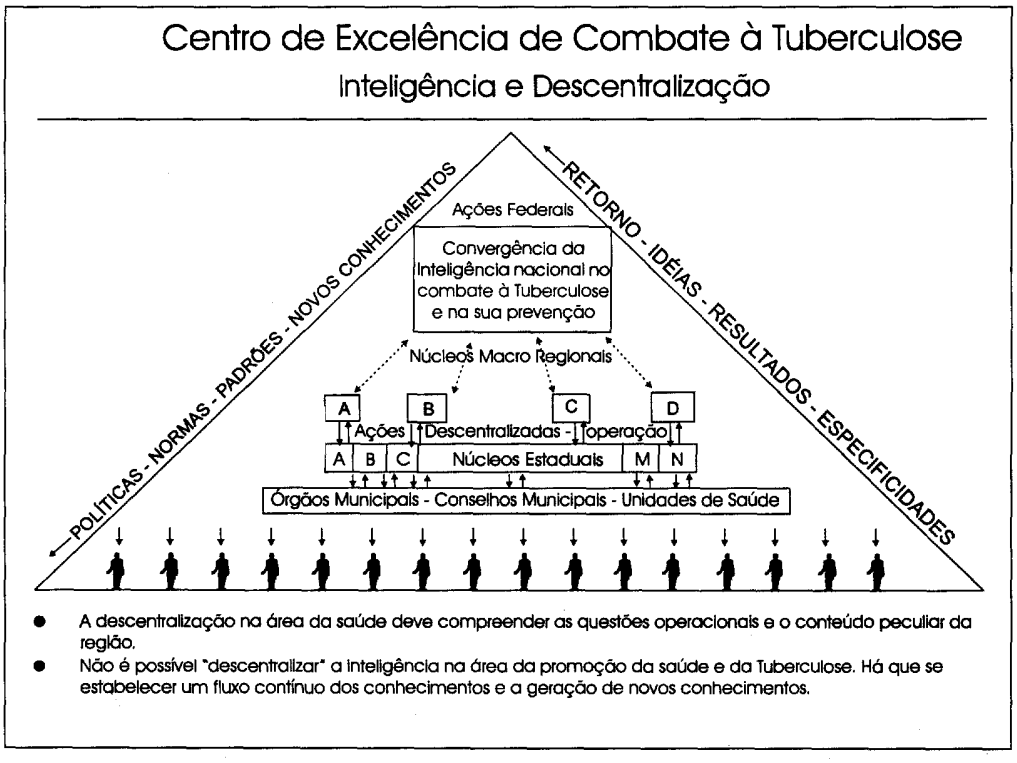
* Como há subnotificação, os números ultrapassam 130.000. O aumento indica a tendência real.

No **CEA** prevê-se que não haverá progresso sensível na mobilização política para o Combate, para o Controle, para a Prevenção e para a Promoção da Saúde no campo da Tuberculose. Pressupõe, então, que os complicadores da Tuberculose multi-resistente, do irregular fornecimento de drogas, do abandono do tratamento, da ainda deficiente identificação dos novos doentes, da negativa sinergia entre a AIDS e a Tuberculose, do potencial descontrole decorrente da municipalização, não merecerão atenção maior do que a da atualidade. Isso poderá conduzir a uma disseminação explosiva da enfermidade, caso se verifique a piora de algumas das variáveis importantes nesse contexto.

Como variável que poderá vir a fugir do controle está a singularidade do bacilo multi-resistente, que, com grande probabilidade, provoca a morte de seu portador. Verifica-se o deslanche da moléstia, com igual gravidade, para todos os indivíduos por ele infectados que não tiverem resistência suficiente para mantê-lo inativo no organismo. Essa possibilidade não deve depender do fator sorte para não ocorrer, pois a disseminação do bacilo resultará num desdobramento de reversão quase impossível, se contarmos somente com os recursos hoje disponíveis da tecnologia aplicada à Tuberculose.

CENÁRIO DOIS – MUDANÇA NO QUADRO – CEM

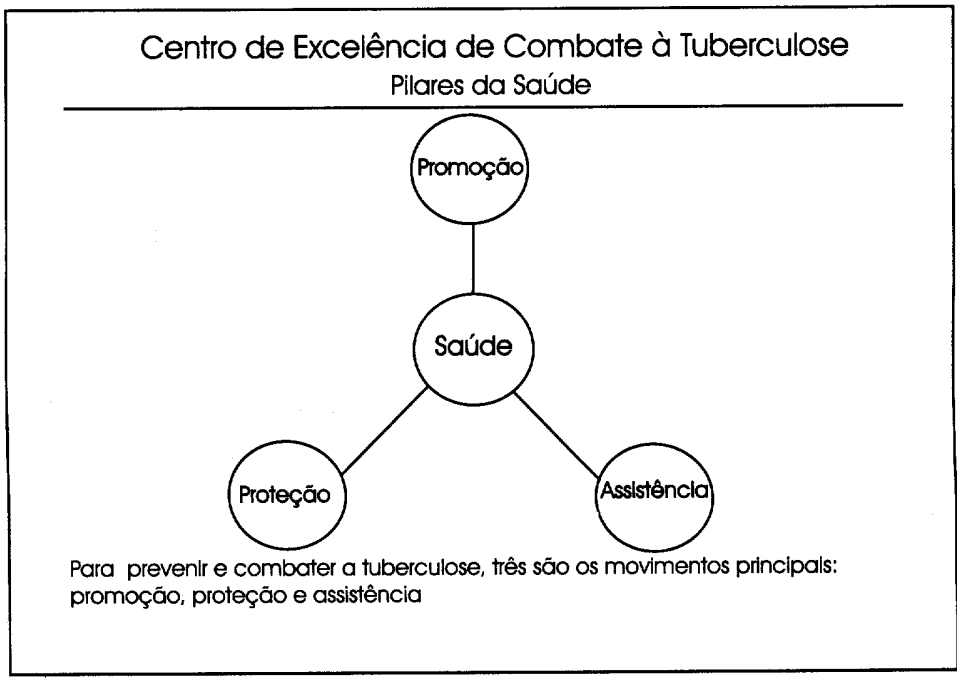
Dentre as variáveis de degradação ou de melhoria nos indicadores da Tuberculose, não há aquela selecionável para causar uma alteração rápida que leve, nos primeiros anos de mudança, à transformação significativa dos dados reais. A abundância de pessoas infectadas, 10% delas desenvolvendo a doença ao longo de suas vidas, funciona como um estabilizador dos índices da enfermidade. Cada novo doente, infectando cerca de dez pessoas em média antes de deixar de ser um agente contaminador, contribui para manter numerosa a quantidade de contagiados. Nessa corrente, o bacilo da Tuberculose permanece potencialmente perigoso no organismo de milhões de pessoas, durante décadas. Falta, no momento, terapia que elimine o bacilo das pessoas infectadas sem sérios efeitos colaterais, assim como falta uma vacina com alto poder imunizante contra a doença. A BCG, vacina existente, ajuda sobretudo na diminuição do contingente capaz de desenvolver formas graves da doença após entrar em contato com o bacilo.



Mesmo nessas condições, e considerando a tecnologia atual, pode-se construir um cenário que altere o quase determinismo do recrudescimento do painel da tuberculose, o que ocorreria se nada fosse planejado para dominar, no curto e longo prazos, as raízes da enfermidade. Vê-se, outrossim, que mudanças na tecnologia, passíveis de promover a eliminação do bacilo nos indivíduos infectados, ou que introduzam uma vacina eficaz no mercado, são as únicas armas para uma reversão rápida da crise da Tuberculose no Brasil.

Considerando que a Tuberculose é reconhecida como problema de saúde pública e que, também, existe risco de deterioração da situação brasileira, inclusive no que concerne à propagação do bacilo multi-resistente, é que se delineia o **CEM.**

Esse Cenário parte do pressuposto da capacidade do Governo Federal de promover e orientar uma vigorosa mobilização da sociedade, dos Estados e dos Municípios, das Universidades, das empresas e de seus centros de pesquisas e de referência no sentido de melhorar sensivelmente a gestão das ações de Combate e Controle da Tuberculose, bem como para fomentar um intenso programa de Pesquisa, de Informação, de Educação e de Prevenção nos domínios dessa doença. Esse movimento pode ser levado a cabo com a coordenação geral da CNPS e com o apoio técnico e metodológico do Centro de Referência Hélio Fraga.

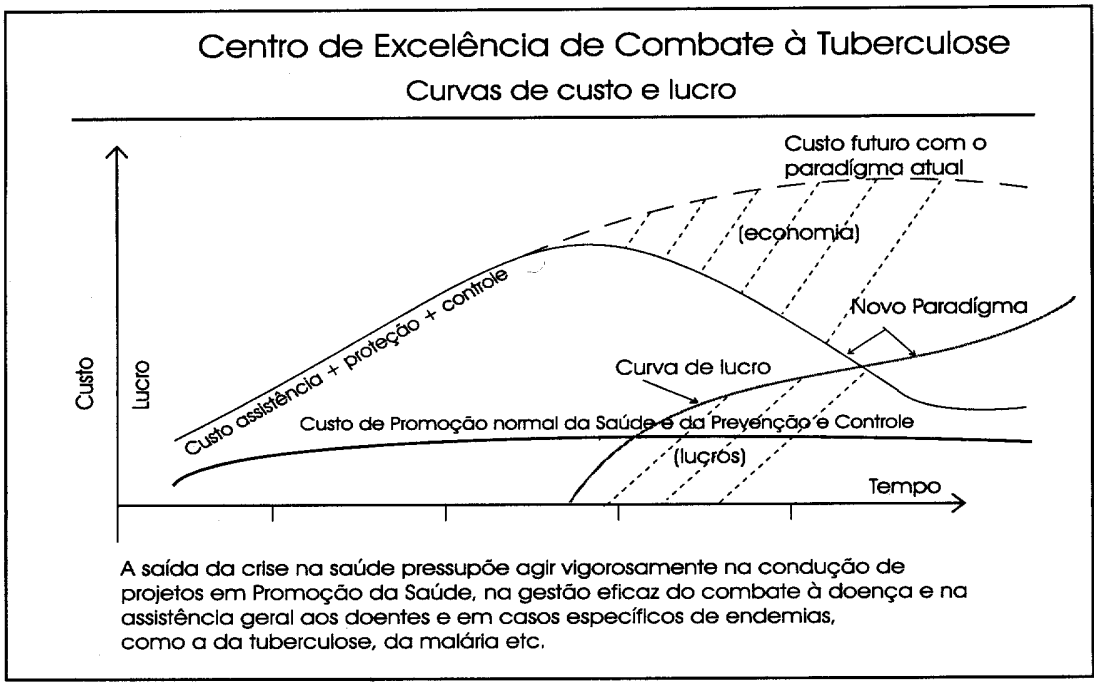


Poderão ser escolhidos municípios para uma intervenção inteiramente integrada, os quais serviriam de modelo para a expansão nacional do Plano Emergencial vigente. Por exemplo, poderia se tomar o Município de Duque de Caxias no Rio de Janeiro, como um representante dos municípios industriais. Seriam realizados intensivos trabalhos de treinamento, abrangendo, também, o Ensino à Distância para todos os pontos do País e

para a rede escolar nacional. Seriam implantadas medidas de suplementação alimentar para as populações carentes, conectadas com os programas da Comunidade Solidária e dos Estados e Municípios atuantes em projetos de nutrição. Seriam harmonizados os projetos de pesquisa, de modo a tirar o máximo partido dos recursos disponíveis. Filmes, vídeos e textos seriam produzidos para os diversos públicos, em linguagem que primasse pelo esmero na comunicação. Realizar-se-ia dinâmico trabalho promocional junto aos formadores de opinião, de maneira a multiplicar os dividendos do objetivo esclarecedor e orientador.

O trabalho, nesse Cenário, estaria centrado ainda em projetos que façam diminuir sensivelmente o abandono e a irregularidade do tratamento e que permitam o diagnóstico mais rápido dos novos doentes, assim reduzindo em grande escala a contaminação de indivíduos não portadores do bacilo.

Os recursos para a viabilização das metas desse Cenário serão os existentes, os alocados pelo Governo a projetos especiais, os conquistados através de parcerias estratégicas com instituições públicas e privadas (incluindo a venda de serviços e produtos) e os que serão obtidos de organizações internacionais. Em face da gravidade e da extensão do problema é de se esperar que a estruturação dos projetos seja capaz de deflagrar todo o processo de mudança.



O avanço da incidência da Tuberculose e o imperativo de implementar novas atividades corretivas fazem crescer as exigências de recursos financeiros, humanos, científicos, técnicos e tecnológicos para a estratégia contra a doença. Entretanto, com o tempo, as medidas adotadas farão cair os custos globais dessa estratégia, principalmente pela sensível e esperada redução nos gastos pós-doença – certamente os mais onerosos e hoje não contabilizados. Além disso, a existência de uma população livre da Tuberculose oferece um resultado positivo para a economia nacional, em decorrência da produtividade maior do conjunto de pessoas que deixarão de adoecer.

No **CENÁRIO DE MUDANÇA** os indicadores serão os expostos no quadro a seguir apresentado.

Centro de Excelência de combate à Tuberculose

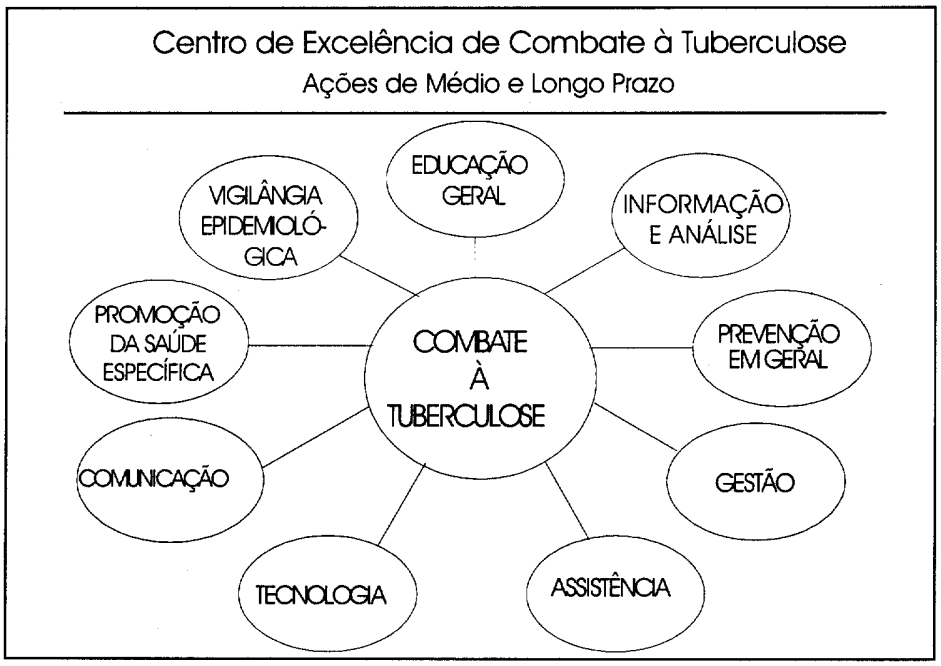
Cenário dois - Mudança

No Cenário da Mudança os índices evoluem satisfatoriamente, embora nos primeiros anos o quociente da doença seja afetado negativamente pela maior eficiência na descoberta de novos doentes.

CENÁRIO MUDANÇA DO QUADRO

ANO	Nº CASOS*	COEF. INCID. (1000.000 hab)	CURA %	COEF. MORTALI. (100.000 hab)	ABANDONO %	LETALIDADE %
1998	90.000	60,0	75,0	3,8	14,0	6,0
1999	99.000	66,0		3,2		
2000	108.900	72,6		2,8		
2001	119.790	79,9	85,0	2,3		
2002	131.769	87,8		2,0	7,3	3,1
2007	77.808	51,8	95,0	0,9	3,2	1,6
	Cresc. inicial, 10% a.a.	Red. ao final, 10% a.a.		Reduz 15% a.a.	* O crescimento revela melhoria na identificação dos doentes	

Nesse Cenário, a intensificação da descoberta dos novos doentes aumentará os índices oficiais relativos a tuberculose, sendo preciso que se apliquem métodos estatísticos para o acompanhamento do sucesso do programa. Estima-se que a possível, a partir do quarto ano do programa, tornar decrescente o índice real- novos doentes por cem mil habitantes- na taxa de 10% ao ano e alterar os demais indicadores, conforme o quadro apresentado.



Ainda nesse Cenário, ficaria contida a propagação do bacilo multi-resistente e, em curto espaço de tempo, a população estaria participando ativamente do Programa de Combate e Controle da Tuberculose, por certo um fator crítico para o seu êxito.