

IMPACTO DA REFORMA DO SETOR SAÚDE SOBRE OS SERVIÇOS DE TUBERCULOSE NO BRASIL

Antonio Ruffino Netto¹

Resumo

O Brasil ocupa o 10º lugar entre os 22 países que são responsáveis por 80% dos casos estimados de tuberculose no mundo. A incidência da doença no país, em 1997, foi 51,7/100.000 habitantes, houve cerca de 6.000 óbitos. Em 1997 foram notificados 83.309 casos (de um total estimado de 129.000). Atualmente 75% dos casos notificados são curados e 14% abandonam o tratamento.

Em outubro de 1998 o Ministério da Saúde apresentou o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, adotando a estratégia DOTS recomendada pela Organização Mundial da Saúde. As metas do Plano Nacional são: implementar as atividades de controle da doença em 100% dos municípios do país; detectar 92% dos casos existentes até o ano 2002; curar 85% dos casos novos detectados; reduzir a incidência à metade do seu valor e a mortalidade em dois terços até o ano 2007.

O Ministério da Saúde pagará um bônus de R\$150,00 ou R\$ 100,00 se houver ou não tratamento supervisionado, respectivamente para o fundo municipal de saúde, por cada paciente de tuberculose tratado e curado.

Resultados preliminares foram obtidos dos serviços de saúde que adotaram a supervisão do tratamento.

Summary

Brazil ranks tenth of 22 countries that are responsible for 80% cases of tuberculosis in the world. The incidence in 1997 was 51,7 / 100.0000 , there were about 6.000 deaths. In 1997 was reported 83.309 cases (from the estimated 129.000 cases). At present 75% of reported cases are cured, 14 % lack of adherence to treatment.

In October 1998, the Ministry of Health present the NTP where adopted the WHO strategy DOTS with the implementation the all Tb control policy package.

The targets of NTP are: to implement the new Tb control strategies to 100% administrative areas in the country; to detect 92% of existing cases by 2002; to cure 85% of detected new cases ; to halve the incidence of the disease and reduce the mortality to 1/3 by 2007.

The Ministry of Health will pay a bonus (R\$150 or R\$100 if there was or not supervision in the treatment) to health centres for each patient cured .

Preliminary results are obtained in services of health that adopted the supervision of treatment.

1 – Coordenador Nacional de Pneumologia Sanitária – SPS/MS

Introdução

A WHO, 1998, estima que 80% dos casos de tuberculose do mundo se encontram em 22 países, entre os quais está o Brasil ocupando o 10º lugar nesse ranking.

No presente trabalho pretende-se analisar as relações entre políticas de saúde de diferentes momentos históricos com impactos ocorridos no programa de controle da tuberculose no Brasil.

Metodologia

Foi feito um levantamento dos fatos pertinentes na política de controle da tuberculose, cotejando-os com os dados epidemiológicos disponíveis na Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária para os últimos 20 anos.

Não resta a menor dúvida que a qualidade dos dados quantitativos deixam muito a desejar. Trata-se de estudo retrospectivo, com um sistema de notificações que nem sempre trabalhou de maneira uniforme no período em questão

Supervisões nos Estados sofreram solução de continuidade no transcorrer do período.

Por outro lado, também as matrizes de programação são passíveis de discussão. Toda e qualquer estimativa é sempre pautada sobre modelos atemáticos. Tais modelos (como já tivemos ocasião de discutir detalhadamente em trabalho anterior – Ruffino-Netto, 1999) fazem previsões com aproximações mais exatas quando trabalhamos no campo das ciências naturais. Não esquecer que a doença tuberculose (humana) está ocorrendo com pessoas que estão sujeitas, simultaneamente, às leis naturais e culturais. O indivíduo vive imerso em fenômenos de natureza biológica, psicológica, sociológica, econômica, religiosa, artística, etc.

Para o presente estudo, utilizou-se como estimativa de ocorrências as seguintes matrizes: sintomático respiratório = 1% da população geral; pacientes com baciloscopia positiva no escarro = 4 % dos sintomáticos respiratórios; total de casos igual

ao dobro do número de casos com baciloscopia positiva.

Em vista do exposto, em momento algum afirmaremos a veracidade dos dados, mas tão somente utilizaremos para analisar tendências do que está acontecendo, relacionando-os com eventos norteadores da política de saúde da época.

Antecedentes

No Quadro 1 é apresentado uma visão geral dos pontos relevantes ligados a história e ao controle da tuberculose no Brasil (Barreira, 1996, 1996^a; Hijjar, 1997; WHO,1997; Ministério da Saúde, 1993,1999).

Os principais pontos ali enumerados poderão ser destacados, quais sejam:

A tuberculose no país data praticamente desde o ano de 1500. Foi introduzida pelos portugueses e missionários jesuítas durante sua colonização .

No início do século 19, praticamente um terço dos óbitos eram devidos a esta enfermidade, que acometia principalmente os negros. A assistência se dava através de organizações filantrópicas.

No início do século 20, Oswaldo Cruz instituiu um plano de ação contra a tuberculose, obtendo contudo, pouco impacto. No final da década de 10 foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose.

Em 1927 efetuou-se a primeira vacinação com BCG oral no Brasil.

Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) e em 1946 a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) com as funções descritas no Quadro I.

Em 1970 o Serviço Nacional de Tuberculose se transforma na Divisão Nacional de Tuberculose(DNT) e em 1976 em Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS) (Ministério da Saúde, 1993).

Quadro 1

ÉPOCA	EVENTO	FINALIDADES/ CONSEQÜÊNCIAS
Ano 1500	Descoberta do Brasil Colonização portuguesa Missionários jesuítas	Introdução da tuberculose no país
Início século XIX	Vinda Família Real para o Brasil Grandes movimentos migratórios	Disseminação da doença 1/3 óbitos devido a tuberculose principalmente entre os negros
Meados século XIX	Ligas Contra a Tuberculose Hospitais filantrópicos	Assistência à tuberculose
Ano 1889	Proclamação da República	Maior atividade das ligas contra a tuberculose seguindo modelos europeus e americanos
Século XX	Criação dos sanatórios	Prover isolamento adequado do pacientes e educação sanitária
Início década 10	Plano de Ação Contra a Tuberculose	Proposta por Oswaldo Cruz. Reconhece a necessidade da atenção das autoridades sanitárias sobre a tuberculose. Plano teve pouca repercussão
Final década 10	Reforma Carlos Chagas- criada a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose	Preconiza a descoberta e tratamento dos tuberculosos
Década de 20	Em 1927 Arlindo de Assis aplica pela primeira vez o BCG oral em recém-nascido	
Ano de 1940	Criado o Plano Federal de Construção de Sanatórios	Terminar a construção do sanatório do distrito federal que iniciara em 1937
Década de 40-1941	Criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT)	Função de estudar os problemas relativos à tuberculose e ao desenvolvimento de meios de ação profilática e assistencial
Ano de 1946	Criado a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT)	Coordenar todas as atividades de controle da tuberculose Uniformidade de orientação nacional e sugerindo descentralização dos serviços Cadastramento torácico da população Houve aumento da eficiência do programa alterando o quadro de mortalidade no país
Ano de 1948	Utilização efetiva da estreptomina	
Ano de 1949	Utilização efetiva do PAS para tratamento da Tb	
Ano de 1952	Utilização efetiva da hidrazida	
Década de 60	Utilização de esquemas terapêuticos padronizados	Em 1964 utilização do esquema standard de 18 meses de duração (estreptomina+ isoniazida+ PAS) Em 1965 esquema de tratamento reduzido para 12 meses
Ano de 1970	Criada a Divisão Nacional de Tuberculose (DNT)	Substituindo o SNT
Ano de 1971	Criado a Central de Medicamentos (CEME)	Fornecer para todos os doentes do país os tuberculostáticos
Ano de 1973	Implantada a vacinação BCG intradérmica	Obrigatoriedade de vacinação para menores de 1 ano a partir de 1976
Ano de 1975	Criado o II Plano Nacional de Desenvolvimento	Inclui o Programa Nacional de Controle da Tuberculose financiado pelo MS/INAMPS/SES Objetivo : integrar os diferentes níveis do governo para reduzir morbidade, mortalidade e problemas sócio-econômicos decorrentes da tuberculose
Ano de 1976	Criada a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS)	Diminuição dos poderes e autonomia da antiga DNT

Ano de 1979	Introdução do esquema de curta duração	Utilização da rifampicina+isoniazida+pirazinamida por 6 meses
Ano de 1981	Assinado convênio entre INAMPS/SES/MS	Transferir execução do controle da tuberculose para as SES
A partir de 1981	Novas estratégias de organização dos serviços de saúde	Surgimento das AIS- Ações Integradas de Saúde SUDS- Sistema Único e Descentralizado de Saúde SUS- Sistema Único de Saúde
Ano de 1990	Criada a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS) ligada Fundação Nacional de Saúde (FNS)	Extinção da Campanha Nacional Contra a Tuberculose pelo Presidente Fernando Collor: não priorização do PCT Desestruturação a nível federal, enfraquecimento das coordenações estaduais Diminuição dos recursos financeiros Diminuição das supervisões do programa Disseminação da epidemia de AIDS Desestruturação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose: queda da cobertura, diminuição da busca de casos, piora dos resultados de tratamento, aumento do abandono
Ano de 1992	Tentativa de reerguer o PCT	Transferência da responsabilidade dos treinamentos, monitorização dos tratamentos e campanhas públicas para o estados
Ano de 1994	Elaborado o Plano Emergencial	Implementado a partir de 1996. Objetivos de aumentar a efetividade das ações de controle através da implementação de atividades específicas nos municípios prioritários (230) onde se concentrava 75% dos casos estimados para o Brasil, visando diminuir a transmissão do bacilo da tuberculose na população, até o ano de 1998
Ano de 1998	Proposto o Plano Nacional de Controle da Tuberculose	Objetivos de aumentar a cobertura para todos os 5.500 municípios do país, em 3 anos diagnosticar pelo menos 92% dos casos esperados e tratados com sucesso, pelo menos 85% dos casos diagnosticados, em 9 anos reduzir a incidência em 50% e mortalidade em dois terços. Foi introduzida a estratégia DOTS da OMS e instituído um bônus para os casos diagnosticados, tratados e curados.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento de 1975 envolve no seu bojo o controle da tuberculose. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose era então financiado pelo Ministério da Saúde, INAMPS e Secretarias Estaduais de Saúde, integrando diferentes níveis governamentais, tendo as seguintes características (Ministério da Saúde, 1993):

- 1- coordenação e normas únicas em níveis federal e estadual;
- 2- unidades de saúde integradas;
- 3- atividades independentes do especialista no nível ambulatorial;
- 4- esquema terapêutico de curta duração (6 meses);
- 5- medicamentos fornecidos gratuitamente aos doentes descobertos;
- 6- sistema de informação único e ascendente;
- 7- extensão da cobertura vacinal;
- 8- modelo de programação claro e objetivo.

Em 1981, através de convênio INAMPS/Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais da Saúde, é transferida a execução do controle da tuberculose para as Secretarias Estaduais. Novas estratégias foram propostas para organização da saúde, tais como AIS (Ações Integradas de Saúde), SUDS (Serviço Único e Descentralizado de Saúde) e atualmente, o Sus (Sistema Único de Saúde).

Em 1990, o programa de controle da doença sofre desestruturação quando o Presidente Fernando Collor de Mello, almejando reduzir gastos e descentralizar a administração para os estados, extinguiu a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (WHO, 1997).

Foi criada então a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS), ligada inicialmente à Fundação Nacional de Saúde

Em 1992, tentando-se reerguer o programa, a responsabilidade dos treinamentos, monitorização dos tratamentos e campanhas públicas são transferidas do nível federal para os estados e a assistência aos pacientes, para os municípios (Hijjar, 1997).

Em 1994 é proposto um Plano Emergencial de Controle da Tuberculose para o país, que apenas foi implementado em 1996, selecionando-se 230 municípios. O critério de prioridade para implementar

as atividades de controle, se baseava na situação epidemiológica da doença e interfaces com a AIDS e no tamanho da população. O Plano, entre outros elementos, considerava um repasse de recursos financeiros aos municípios, à base de R\$100,00 (cem reais) para cada caso estimado de tuberculose que deveria ser descoberto no referido município. O repasse seria operacionalizado através de um convênio entre o município e a Fundação Nacional de Saúde, o qual estipulava as obrigações/restrições na aplicação dos recursos (Ministério da Saúde, 1996).

Por ocasião da proposição deste Plano, seus objetivos seriam alcançar até dezembro de 1998:

1. integrar 100% dos municípios selecionados com ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose em pelo menos uma unidade de saúde;
2. implementar diagnóstico bacteriológico da tuberculose, melhorando a rede de laboratórios e capacitação de recursos humanos;
3. aumentar a cobertura do PCT, integrando 80% dos Centros de Saúde existentes na rede pública às ações de controle da tuberculose;
4. descobrir pelo menos 90% dos casos de tuberculose existentes no país, implementando a busca de casos, identificando os sintomáticos respiratórios em toda primeira consulta nas unidades de saúde;
5. aumentar a efetividade do tratamento, submetendo 100% dos casos novos diagnosticados ao tratamento padronizado, curando pelo menos 85%, implementando tratamento supervisionado para pacientes com maior risco de abandono;
6. desenvolver ações políticas junto às autoridades de saúde e população para priorizar o controle da doença nos Conselhos Municipais de Saúde.

Em março de 1998, a imprensa internacional levanta a calamidade da situação epidemiológica da tuberculose no mundo, discutida pela WHO e mostra o Brasil ocupando o 10^a lugar como já destacamos anteriormente.

Em 1998 a CNPS volta para o Ministério da Saúde, vinculada agora à Secretaria de Políticas de Saúde.

A resolução número 284, do Conselho Nacional de Saúde, de 6/08/98, considerando o descalabro consentido em que se encontrava a tuberculose no país, e que o Plano Emergencial, elaborado em 1994, ainda em implementação, estava requerendo ajustes e ampliação, e que a situação poderia e deveria ser corrigida com os recursos disponíveis, resolve que a tuberculose era problema prioritário de saúde pública no Brasil (tanto por sua magnitude como pela possibilidade e vantagens de seu controle) e sugere estabelecer estratégias para um novo plano.

Assim, em outubro de 1998, foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose que teve as seguintes metas:

1. em três anos (2001) diagnosticar, pelo menos 92% dos casos esperados;
2. tratar com sucesso, pelo menos 85% dos casos diagnosticados;
3. em 9 anos (2007) reduzir a incidência em pelo menos 50% e a mortalidade em dois terços.

O Plano apresenta as seguintes diretrizes gerais: o Ministério da Saúde é responsável pelo estabelecimento das normas, aquisição e abastecimento de medicamentos, referência laboratorial e de tratamento, coordenação do sistema de informações, apoio aos Estados e Municípios e articulação intersetorial visando maximizar os resultados de políticas públicas. Reconhece que a condição essencial é a articulação e a complementaridade de ações dos três níveis de gestão do SUS (União, Estados e Municípios) e, mais, envolver obrigatoriamente a participação social das organizações não governamentais, realizar detecção e diagnóstico feito fundamentalmente através da baciloscopia em todos sintomáticos respiratórios e contatos, disponibilizar tuberculostáticos incluindo um estoque estratégico, assegurar tratamento supervisionado e vigilância da resistência às drogas, e prover um sistema de informação de acordo com as recomendações da OMS (Ministério da Saúde, 1999).

O Plano introduz duas inovações: o tratamento supervisionado e a instituição de um bônus de R\$150,00 (cento e cinquenta reais) e de R\$100,00 (cem reais) para cada caso de doente de tuberculose tratado e curado, utilizando o tratamento

supervisionado ou auto-administrado, respectivamente.

O repasse desses bônus seriam feitos automaticamente por ocasião da notificação da alta do paciente por cura. Seria suprimida toda e qualquer burocracia de assinaturas de convênios para esses repasses.

Foi selecionado pelo menos um município como área de demonstração em cada Estado para deflagrar todo o potencial do Plano. Esta é a forma como o Plano está sendo executado.

Resultados e discussão

Na tabela I e gráficos 1 e 2 são apresentados os coeficientes de incidência e de mortalidade por tuberculose, por 100.000 habitantes, no período de 1977 a 1997.

Tabela 1 – Coeficientes de incidência e de mortalidade por 100.000, de tuberculose, segundo o ano e forma clínica, Brasil 1977-1997

Ano	Incidência			Mortalidade
	Total	Forma Pulmonar	Pulmonar Bacilífero	
1977	-	-	-	7,45
1978	48,5	45,5	28,0	6,93
1979	54,0	50,2	30,4	6,25
1980	60,0	54,7	35,7	6,04
1981	71,4	63,6	42,3	5,41
1982	70,4	62,3	40,08	4,63
1983	66,8	58,6	37,9	4,33
1984	66,7	58,1	38,1	4,27
1985	62,2	53,5	34,9	3,8
1986	60,2	51,9	32,5	3,90
1987	60,4	51,9	32,3	3,78
1988	58,5	50,6	31,2	3,84
1989	57,1	49,3	31,0	3,80
1990	52,0	44,4	27,1	3,66
1991	57,8	49,4	30,1	3,6
1992	57,6	49,3	30,4	3,6
1993	54,0	45,7	28,7	3,8
1994	53,5	44,8	27,7	3,9
1995	58,6	49,5	29,4	3,8
1996	54,7	46,9	28,4	
1997	51,7	44,0	27,0	

Gráfico 1- Coeficientes de incidência e mortalidade (por 100.000 habitantes) por tuberculose segundo o ano e forma clínica - Brasil

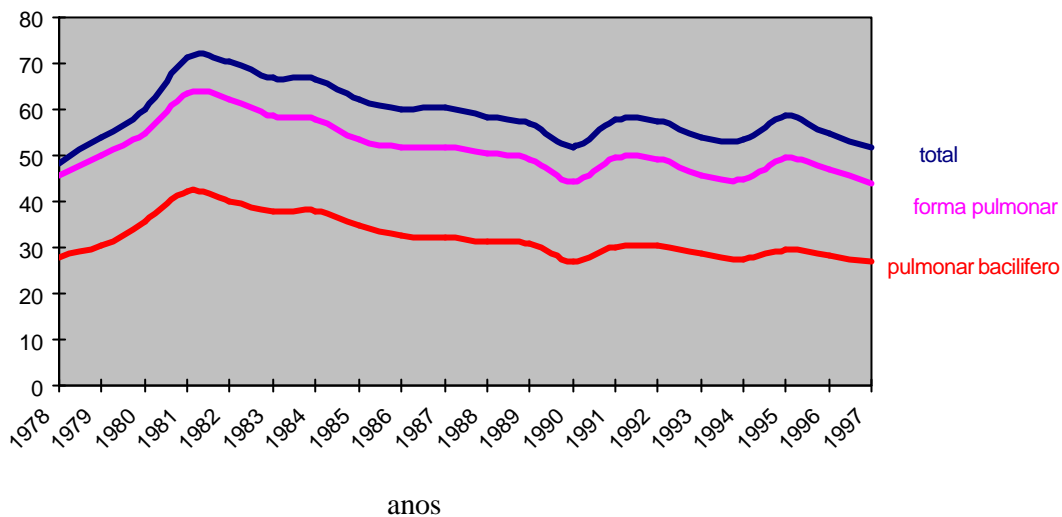


Gráfico 2 - Coeficiente de mortalidade por tuberculose (todas as formas) por 100.000 habitantes, segundo ano - Brasil, 1977-1997

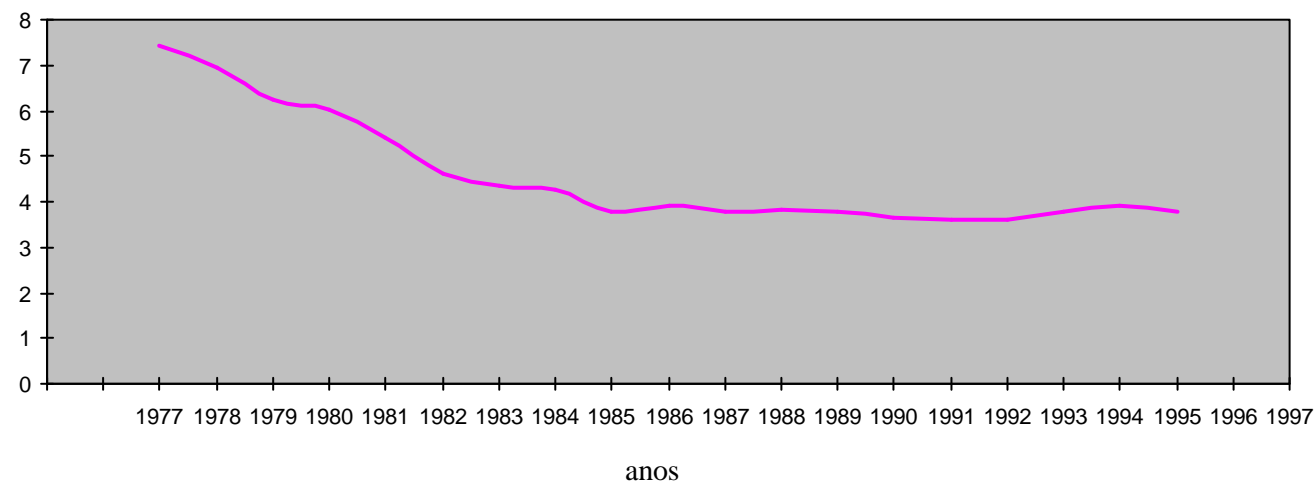


Gráfico 3 - Percentual de detecção de casos, sintomáticos respiratórios examinados, abandono de tratamento, curas e letalidade segundo o ano, Brasil, 1978-1997

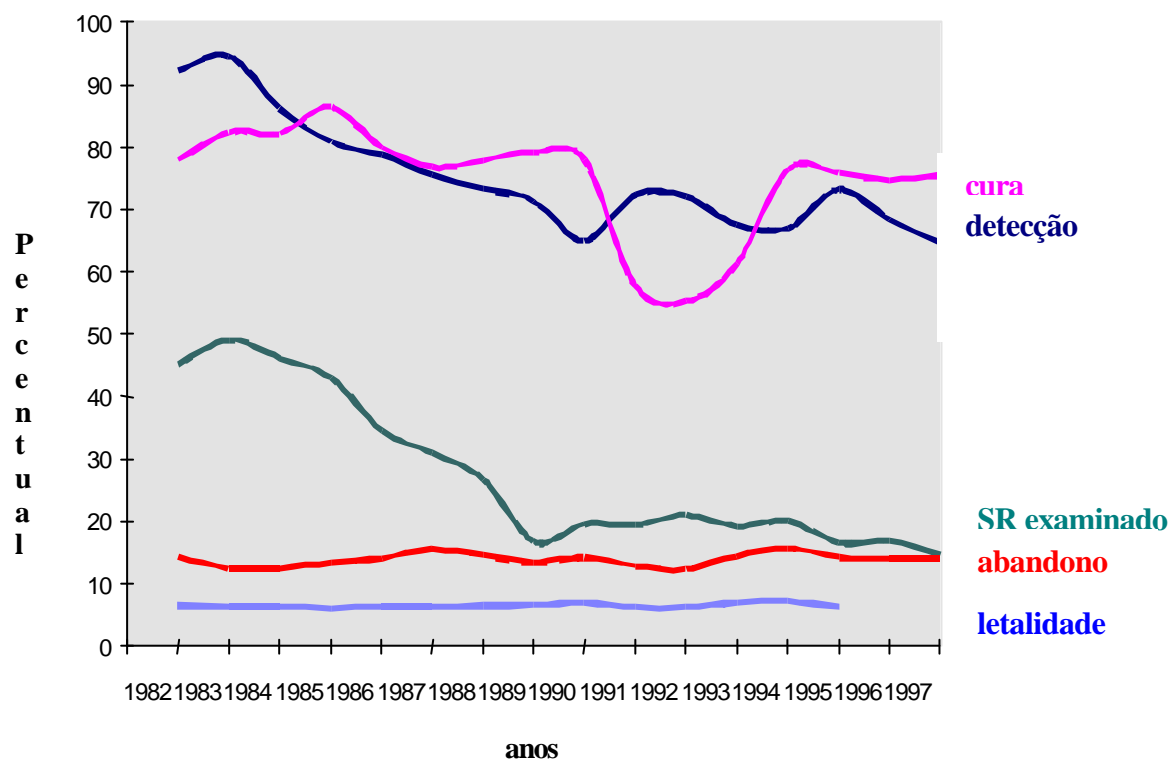


Tabela 2 - Percentual de detecção de casos, sintomáticos respiratórios examinados, abandono de tratamento, curas e letalidade segundo o ano, Brasil, 1982-1997

Ano	População	Incidência de Casos de Tuberculose			Sintomático Respiratório			% Abandono Tratamento	% Cura	% Letalidade
		Notificada	Estimada	% de Detecção	Estimado	Examinado	% SR Examinado			
1982	119.002.706	87.822	95.202	92,2	972.180	440.066	45,2	14,30	78,0	6,5
1983	114.524.000	86.617	91.619	94,5	1.145.240	562.892	49,1	12,5	82,3	6,4
1984	128.122.279	88.366	102.498	86,2	1.281.222	591.494	46,1	12,5	82,2	6,4
1985	130.531.520	84.310	104.425	80,7	1.305.531	568.789	43,0	13,4	86,3	6,1
1986	132.995.593	83.731	106.396	78,7	1.329.955	459.867	34,5	14,1	80,0	6,4
1987	135.516.162	81.826	108.413	75,5	1.355.161	418.962	30,9	15,6	76,8	6,2
1988	140.733.798	82.395	112.587	73,2	1.407.317	377.954	26,8	14,6	77,8	6,5
1989	140.733.798	80.375	112.587	71,4	1.407.337	237.232	16,8	13,4	79,1	6,6
1990	143.434.570	74.570	114.748	65,0	1.434.345	281.822	19,6	14,3	77,9	7,0
1991	146.917.759	84.990	117.534	72,3	1.469.177	273.206	19,5	12,8	57,7	6,2
1992	149.236.964	85.955	119.390	72,0	1.492.369	323.640	21,0	12,4	55,2	6,2
1993	139.631.072	75.453	111.705	67,5	1.396.310	268.803	19,2	14,4	61,2	7,0
1994	141.497.970	75.759	113.198	66,9	1.414.979	285.362	20,1	15,7	76,4	7,2
1995	155.304.789	91.013	124.244	73,3	1.553.047	258.616	16,6	14,3	75,7	6,4
1996	156.961.120	85.860	125.569	68,4	1.569.911	265.723	16,9	14,0	74,8	
1997	161.232.113	83.309	128.986	64,6	1.612.321	236.500	14,7	14,1	75,5	

Num primeiro instante chama a atenção a elevação dos coeficientes de notificação no período 1978/1981. Em seguida, há um declínio constante em todo o período, com ligeiras flutuações. Estaria este aumento de notificação em 1981 associado com o convênio INAMPS/MS/SES que transferiu a execução dos programas de controle da tuberculose para as Secretarias Estaduais de Saúde? É uma hipótese pouco provável, pois a partir de então os coeficientes de notificações vão declinando constantemente.

Como entender esse declínio no período 1981/1997? Melhoraria da situação epidemiológica no país?. Também é outra hipótese com pouquíssima probabilidade de ser verdadeira.

Durante estudos de revacinação de escolares na cidade de Salvador, Bahia, trabalhando com amostragem dessa população foram encontrados (embora a amostragem apresente evidências de “bias”), bolsões de escolares com prevalência de infecção tuberculosa que permitiu estimar o risco de infecção em valores da ordem de 2,5% (Bierrenbach,1998). Para riscos tão elevados, embora em bolsões, seria pouco provável o declínio tão rápido da doença.

A própria mortalidade pela enfermidade (tabela 1 gráfico 2) mostra que a situação epidemiológica não teria sido tão favorável desta maneira.

Assim, o declínio na incidência de notificações parece que seria melhor explicado por aspectos operacionais (baixa procura de casos como veremos adiante) que razões epidemiológicas.

No período 1977/1982, o coeficiente de incidência aumentou e o coeficiente de mortalidade caiu. Portanto, o coeficiente de letalidade deveria ter sofrido grande declínio (uma vez que coeficiente de letalidade = coeficiente de mortalidade dividido pelo coeficiente de incidência). Como no período que se segue (1982/1995) a letalidade permanece constante (tabela 2 e gráfico 3), provavelmente também este seria seu comportamento no

período anterior. Neste caso, a hipótese mais provável é que o coeficiente de mortalidade estaria subnotificado no período anterior, ou seja, entre 1977/1981.

Fávero, Ruffino-Netto e Duarte, 1972, estudando a tuberculose como causa de óbito numa cidade do interior do Estado de São Paulo, encontraram que em um terço dos casos que morreram na comunidade e em que a tuberculose teve participação, o diagnóstico somente foi feito na autópsia, embora 90% destas pessoas morassem na cidade há mais de 2 anos e esta contasse com recursos para efetuar o programa de controle da doença. Ou seja, a subnotificação de óbitos por tuberculose é um fato concreto para o país. Se a prevalência oculta da doença é da ordem de 30% , é de se supor também que a subnotificação da mortalidade também esteja ocorrendo.

Uma outra hipótese a ser lembrada para a redução da mortalidade seria a introdução do esquema de curta duração (incluindo o uso da rifampicina) que tem uma eficácia muito grande. Mas, neste caso, porquê a redução teria durado tão pouco tempo (1977/1985) se o problema da resistência aos medicamentos ainda não era e/ou não é tão grande no país?.

Desta maneira, para o período de estudo, há razões para se pensar que ocorreu subnotificação da mortalidade assim como subnotificação da incidência, talvez por baixa operacionalização na busca de casos novos.

Na tabela 2 e gráfico 3 são apresentados os percentuais de detecção dos casos, sintomáticos respiratórios examinados, abandono do tratamento, curas e letalidade.

No período todo, há um percentual de detecção de casos que inicia com 92% em 1982 e cai progressivamente até 64% em 1997 com flutuações para baixo em 1989/1990.

Em 1990 foi extinta a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Mas, porquê durante todo o período houve essa queda constante? Teria a Vigilância piorado gradativa e constantemente para aumentar a discrepância entre o observado e o esperado de casos novos? Ou ocorreu que valores esperados foram

superestimados? Embora as duas hipóteses sejam plausíveis, o mais provável é que a procura de casos tenha diminuído. Tal hipótese é corroborada pelo número de sintomáticos respiratórios (SR) examinados no período, cujo percentual em relação ao esperado caiu de 45% em 1982 para 14% em 1996. Mesmo que tal indicador seja tido como ultra vulnerável pela própria CNPS, devido à qualidade do preenchimento e coleta dos dados, fica evidenciado que, mesmo com dados provavelmente incorretos, a procura de casos de tuberculose está baixa.

Haja vista que, para um total de 160 milhões de habitantes, foram feitas apenas cerca de 300.000 baciloscopias diagnósticas. Se fôssemos fazer 2 baciloscopias para diagnóstico por cada sintomático respiratório e supondo 1% da população geral nesta categoria, teríamos estimados: 1.600.000 sintomáticos respiratórios e portanto, 3.200.000 baciloscopias diagnósticas.

Lembrando que o Peru, para uma população de 23 milhões de habitantes, faz 1.400.000 baciloscopias diagnósticas anuais, observamos que estamos em uma situação muito longe de poder-se falar que esgotamos os recursos diagnósticos. Se é verdade que o número estimado de casos poderá estar superestimado, mais verdadeiro ainda será supor que o número de casos observados está muito aquém do desejado.

Porquê esse baixo percentual de detecção? Porquê não se procura mais tuberculose? A crença geral das pessoas é que a tuberculose é doença do passado. Teria sido esta também a crença dos médicos? Secretarias Municipais / Estaduais de Saúde? Das Universidades do país? E do próprio Ministério da Saúde? É difícil responder esta questão e principalmente refutar a hipótese embutida que ela contém.

As diferentes políticas de saúde, no período, parecem não ter causado impacto algum na procura de casos assim como no percentual de abandono como veremos a seguir.

Nestes últimos 20 anos, observa-se que o percentual de abandono do tratamento manteve-se sempre em níveis elevados, mais ou menos estável ao redor de 14%. Vale ressaltar que isto é uma média nacional, sendo que estes valores chegam a variar de 30 a 40% de um local para outro. Espera-se que este nível venha

agora a se modificar com o tratamento supervisionado.

Embora para a WHO, o tratamento supervisionado seja uma proposta inovadora, deve-se ressaltar contudo, que a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) do Brasil já o utilizava na década de 60. O tratamento supervisionado era efetuado pela enfermagem, em unidades de todos os níveis de complexidade da SESP. Esta estratégia se iniciou em 1962, e conseguiu cobrir todas as unidades da Fundação em 1981. No período de 1974 a 1978, tratou 16.426 pacientes com tuberculose obtendo os seguintes resultados: 81% de cura, 9% de abandono e 4,7% de óbito (Rocha,1981).

O percentual de curas sofreu flutuações com tendência geral decrescente.

A desestruturação da CNCT interferiu seriamente no percentual de curas especificamente nos anos de 1991 e 1992, embora apresentasse anteriormente um declínio. Durante todo esse período, somente em 1985 o percentual de cura atingiu o valor de 86,3%.

A década de 80 e início de 90 parece realmente ter sido um período de grande desestruturação do programa que estaria a clamar por um plano emergencial.

A implementação deste Plano (efetivamente a partir de 1996) não alterou o percentual de abandono e/ou de cura. O percentual de detecção bem como o percentual de SR examinados caiu um pouco. O percentual de cura sofreu pequena elevação.

Durante o Plano Emergencial a cobertura do programa alcançou integrar 72% dos Centros de Saúde. O % de detecção ficou ao redor de 66% e o de cura ao redor de 75%. A quantidade esperada de baciloscopias para diagnóstico em 1996/1997 era respectivamente, de 1.569.911 e 1.612.32; contudo, foram efetuadas apenas 265.723 e 236.500, ou seja, apenas 16,9% e 14,7% do esperado (ou se efetuássemos 2 baciloscopias para diagnóstico, representaria apenas 8,4% e 7,3% respectivamente do esperado).

Quanto às ações políticas junto às autoridades de saúde parece que surtiram pouco impacto, pois tuberculose parecia considerada um problema não prioritário, seja nos níveis federal, estadual e municipal, a ponto de, em diferentes níveis e/ou momentos, falar-se em

“tuberculose como algo emergente (?) ou reemergente (?) sem se dar conta que, para o Brasil ela não é nem uma coisa tampouco outra. A tuberculose esteve sempre presente como problema de saúde pública durante todo o século (Ruffino Netto, 1997).

Em 1997 houve falta de medicamentos tuberculostáticos em praticamente todos os Estados brasileiros, pois a programação feita pela CNPS não foi atendida pelo Ministério da Saúde.

Conclusões

Parece que fatos das políticas de saúde vigentes no período tiveram impactos marcantes em alguns aspectos da epidemiologia da tuberculose. Alguns marcantes negativamente, como foi o caso da extinção da Campanha Nacional Contra a Tuberculose e da falta de medicamentos.

Outros atuaram positivamente como o convênio INAMPS/MS/SES e a adoção de esquemas terapêuticos padronizados de curta duração.

Durante todo o período o percentual de abandono foi sempre alto, o que poderia ter mobilizado anteriormente a implementação do tratamento supervisionado, à exemplo do que já efetuava a Fundação SESP na década de 60.

Assim, se tanto os casos notificados (observados) quanto os casos estimados são passíveis de discussão, portanto passível também é de crítica a avaliação que se faz do programa. Os dados observados e estimados não descrevem com exatidão a realidade. Servem contudo como exercício de reflexão sobre tendências dos fenômenos.

Repetimos o já explicitado: não era intenção retratar com exatidão a realidade (não teríamos dados e condições para isso). O objetivo é apenas reflexão que possa mostrar caminhos para melhoria da situação do problema em pauta.

Bibliografia

1. BARREIRA, I.A.-1996 – A luta contra a tuberculose no Brasil: uma perspectiva histórica. Bol. Pneumologia Sanit. 4(2): 22-32
2. BARREIRA, I.A –1996 a.-A enfermeira Ananéri no país do futuro. Rio de Janeiro, Editora UFRJ, 1996
3. BIERRENBACH, A,L,S.- 1998- Estimativa da prevalência de infecção por Mycobacterium tuberculosis em população de escolares na cidade de Salvador-Bahia, 1997. Dissertação de Mestrado apresentado ao Pós-graduação em Medicina Tropical da FCM da Universidade de Brasília, 1998
4. FÁVERO, M.; RUFFINO-Netto, A. e Duarte, G.G.- 1972- Estudo da tuberculose como causa de óbito numa cidade do interior do Estado de São Paulo-Brasil. Revista Medicina do CARLe do HC da Fac. Med.Ribeirão Preto, 5: 191-198
5. HIJJAR, M.A .-1997- Controle da tuberculose no Brasil - a estratégia do Plano Emergencial. Bol. Pneumologia Sanit. 5(1):98-99
6. Ministério da Saúde-1996- Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária- Manual de Administração/ Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Bol. Pneumologia Sanit. 4(1): 7-56
7. Ministério da Saúde- Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília,DF, 1999, 184 p.
8. Rocha, A .T.S.- 1981- Medidas para o controle da tuberculose na comunidade. In Situação e Perspectivas do controle das doenças infecciosas e parasitárias. Pp. 127-132. Brasília: Cadernos da UnB.
9. RUFFINO-Netto, A .- 1997- Brasil: doenças emergentes ou reemergentes ? Revista Medicina de Ribeirão Preto, 30(3): 405
10. RUFFINO-Netto, A. – 1999- Modelos matemáticos em tuberculose in Morrone, N e Fiuza de Melo, A - Tuberculose- Editora Atheneu. Em publicação.
11. World Health Organization- Global Tuberculosis Programme. WHO Report on the Tuberculosis Epidemic, 1997 (mimeo)
12. World Health Organization- Global Tuberculosis Control. WHO Report, WHO/TB/98.237,1