

EDITORIAL

O CONTROLE DA TUBERCULOSE E A SAÚDE DA FAMÍLIA PERSPECTIVAS DE UMA PARCERIA

Gilmário M. Teixeira
Editor

Os métodos e as estratégias que, através do tempo, foram aplicados para combater a tuberculose, sempre estiveram em correspondência com os recursos que a ciência e a tecnologia tornavam disponíveis em cada momento crítico dessa luta. Infelizmente, nem sempre a projeção da potencialidade das novas técnicas levou a predições que se confirmassem no tempo.

Nesta linha de raciocínio e para citar apenas o fato de maior transcendência - a consolidação da quimioterapia na década de cinquenta - a que se seguiu uma contundente simplificação dos métodos de ação, produziu esta falácia: o controle da tuberculose está agora ao alcance de todos os países independentemente de sua situação epidemiológica e sócio-econômica.

Não tardou muito para que desse otimismo com que se vislumbrou, por distorção, a pronta erradicação da tuberculose, se passasse, em gradação descendente, a plantear sua eliminação como problema de saúde pública, a formular sua manutenção sob estado de controle e, por último, a declará-la, com certo exagero, doença reemergente.

Que descaminhos, além daqueles em que somos vezeiros, de não praticar em plenitude o que sabemos e o que planejamos, nos fizeram chegar a estes patamares?

Estas reflexões se nos ocorrem no momento em que o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do Brasil se prepara para um passo gigantesco - integrar suas ações às do Programa de Saúde da Família (PSF).

Na busca de uma linha de identidade entre os dois programas, ambos de atenção básica, é provável que a integração - vista aqui não só como processo administrativo, mas também como interação de recursos, de técnicas e de aptidões - ao lado do uso de tecnologia simplificada, sejam pontos confortáveis de encontro entre as duas áreas. Nesta ordem de idéias, não será demasiado repassar alguns fatos marcantes.

Em 1960, O Comitê de Peritos em Tuberculose da OMS, em seu sétimo informe, ao tratar da organização de um programa de tuberculose, considerou esta doença uma questão da comunidade que deve fazer parte do programa geral de saúde e recomendou aos governos o uso de medidas enérgicas para eliminá-la como problema de saúde pública. Já aparecia, neste documento, apesar de sua pouca ênfase, a estratégia contrária à da ação isolada. Estavam propostos os primeiros passos da integração.

Mais tarde, em 1964, aquele Comitê, ao produzir seu oitavo informe - por certo o mais lúcido, destacado e abrangente dos que foram publicados - introduzindo um conceito sociológico, definiu como objetivo geral de um programa de controle da tuberculose, a redução dos sofrimentos humanos determinados por esta doença e propôs três postulados básicos para as ações de controle: deveriam ser permanentes e com cobertura nacional, estar adaptadas às necessidades da população e integradas às demais ações dos serviços gerais de saúde pública.

A Conferência de Alma-Ata de 1978, com base nas prerrogativas dos direitos humanos, na injustiça que envolve a distribuição dos recursos sanitários e na abismal distância que separa ricos e pobres na consecução dos bens que garantem a saúde, pôs em relevo a atenção primária de saúde, definindo-a como um conjunto de medidas sanitárias essenciais, baseadas em tecnologia simples, comprovada e socialmente aceitável, dirigidas a toda a comunidade e com sua plena participação. Este conceito veio ao encontro da prática do controle da tuberculose que tem na simplificação das técnicas e na integração das ações sua estratégia fundamental e fez com que a OMS, em 1986, reunisse técnicos das áreas de tuberculose e de atenção primária que apontaram, no documento *A luta contra a tuberculose - parte integrante da atenção primária de saúde*, os caminhos para uma ação integrada a esse sistema.

No Brasil, o processo de integração das ações de controle da tuberculose começou cedo, mas evoluiu lentamente. Em 1998, apenas 27,6% dos estabelecimentos do sistema público integravam o Programa, sendo, em

sua maioria, centros de saúde. Contudo, a cobertura geográfica é abrangente, apesar de os recursos nem sempre estarem disponíveis na ponta do sistema, a uma distância adequada da residência dos doentes.

O Programa de Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde em 1994, que se propõe a levar ações de prevenção, de promoção e de recuperação da saúde para perto da família, utilizando uma equipe formada por médico, por enfermeiro, por auxiliar de enfermagem e por agente comunitário de saúde e buscando o envolvimento responsável da comunidade, é, sem dúvida, uma pujante modalidade de atenção primária de saúde.

Incorporar, em todo o país, as ações de controle da tuberculose àquelas da saúde da família, é um feito portentoso, considerando nossa extensão territorial e a complexidade do sistema de saúde. Para o desempenho desta responsabilidade, seria aconselhável a organização de uma força-tarefa que assumisse o planejamento e a gestão das múltiplas atividades envolvidas, com destaque para a capacitação do pessoal, para a definição de competências, para o estabelecimento da malha de ligações entre os dois programas e para a estruturação dos sistemas de referência e contra referência do PCT a fim de atender ao crescimento da demanda gerado pelo PSF.

Seria importante sinalizar que ambos os programas que estabelecerão as bases de uma parceria e estarão integrados na infra-estrutura de saúde terão de manter suas linhas de identidade, por razões de fidelidade a seu corpo de doutrina, pela especificidade das técnicas e pela observância das estratégias selecionadas para alcançar os objetivos definidos.

De todos esses encargos, o de maior projeção é o da capacitação do pessoal, com destaque para o agente comunitário de saúde, seja pela grandeza de sua expressão numérica - 150.000 agentes ao final do ano 2001 - ou pela importância de seu papel na extensão de cobertura das ações. Na verdade, é de transcendental importância admitir o que significa para o controle da tuberculose no Brasil colocar em campo, para realizar atividades de busca de casos e controle do tratamento, este exército de trabalhadores de saúde.

Em conseqüência, não se pode resistir ao exercício desta projeção: se um de cada dois agentes descobrir um caso de tuberculose por ano, ter-se-á a oportunidade de tratar adequadamente mais da metade da incidência esperada para o país.

Este desafio está agora nas mãos dos responsáveis pelo controle da tuberculose e pela saúde da família, autoridades que, por certo, não deixarão de enfrentá-lo. E serão aplaudidas pelos doentes.