

Laura Rodrigues  
Mauricio Barreto  
Monica Kramer  
Rita de C. Barradas Barata

Editores do Suplemento

# Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas

A tuberculose (TB) afeta a humanidade há pelo menos cerca de 8.000 anos. Até a metade do século XIX o caráter infecto-contagioso da tuberculose não era reconhecido; a doença era atribuída a diversas causas como a hereditariedade, aos miasmas e a outros determinantes ambientais e sociais. Em 1882, Robert Koch identificou a *Mycobacterium tuberculosis*, definindo assim a TB como uma doença infecciosa. Isto permitiu que a florescente pesquisa biomédica iniciasse a busca por vacinas e tratamentos medicamentosos. A vacina BCG foi, em 1921, usada pela primeira vez em humanos. Anos mais tarde, em 1944, a estreptomicina foi utilizada com sucesso no tratamento da TB, sendo o primeiro de uma série de medicamentos utilizados na terapêutica anti-TB. Essas descobertas trouxeram renovadas possibilidades para prevenção e tratamento da TB. Porém, não se deve esquecer que a mortalidade por esta doença na Europa no século XIX era mais alta do que é hoje na África. Entretanto, naquele continente, a mortalidade começou a declinar de maneira vertiginosa já no final do século XIX, portanto muitas décadas antes da existência dos modernos recursos preventivos e terapêuticos, possivelmente, em razão das mudanças ocorridas nas condições de vida da sua população. Na atualidade, nos países mais desenvolvidos a tuberculose continua sendo um problema quase restrito aos imigrantes dos países pobres e outras populações marginalizadas (desabrigados, alcoólatras, prisioneiros, e outros).

Apesar de ser uma doença potencialmente prevenível e curável, a TB é ainda hoje um grande problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. No mundo, estima-se em dois bilhões o número de pessoas que apresentam infecção tuberculosa latente e que, anualmente, ocorram cerca de 8,8 milhões de casos novos. No Brasil registra-se algo em torno de 80.000 casos e 6.000 óbitos, a cada ano. Como a infecção pelo HIV-Aids tem efeito imunossupressor e predispõe o indivíduo infectado a desenvolver TB, a epidemia de HIV-Aids, entre outras conseqüências, levou ao crescimento dos casos de TB em muitos países.

Embora BCG forneça proteção clara em crianças quando administrada no período neonatal, a proteção conferida contra formas da TB em adultos, devido a razões ainda pouco esclarecidas, varia muito entre regiões do planeta. Na falta de uma vacina homogeneamente eficaz e tendo em vista que a maior fonte de infecção são os indivíduos doentes, o melhor recurso de prevenção disponível no sistema de saúde continua sendo a detecção precoce e tratamento dos casos. Sem tratamento, ou com tratamento ineficaz, um caso pode continuar infeccioso, mantendo a cadeia de transmissão.

O tratamento da TB é complexo e demorado, envolvendo o uso de várias drogas e tendo de ser continuado mesmo após a recuperação clínica do paciente. O abandono ao tratamento é alto e pode levar ao surgimento de formas resistentes da *M. tuberculosis*, impondo-se como obstáculos ao controle da doença. A Organização Mundial de Saúde recomendou a implantação do tratamento diretamente observado de curta duração (em inglês, *Directly Observed Short Course Treatment – DOTS*), como estratégia para que os pacientes tenham tratamento correto e completo. No Brasil, o sucesso do Programa Saúde da Família gera perspectivas de ampliação de acesso ao sistema de saúde e de detecção e tratamento mais eficiente de doenças como a TB.

No Brasil, desde 1999, o Ministério da Saúde definiu a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde. As ações para o controle da TB no Brasil têm como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. A expansão das ações de controle para 100% dos municípios foi definida no âmbito da atenção básica, na qual gestores municipais e estaduais devem agir de forma planejada e articulada para garantir a implantação das ações de controle da TB que incluem o cumprimento da estratégia DOTS.

No entanto, há grandes desafios a este processo nos níveis da atenção à saúde e da organização social: grande dimensão territorial do País, com diferenças regionais marcantes geográficas e culturais; insuficiências na formação de profissionais preparados para enfrentar o problema; falta de incentivo a pesquisas operacionais para a solução de problemas encontrados nos serviços de saúde; participação tímida da mobilização social no controle da TB;

falta de financiamento estável e regular do Programa de Controle da Tuberculose; falta de garantia a todos os cidadãos de acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde; somam-se a isso um contexto de grande desigualdade social e de deficientes condições em que vivem grandes parcelas da nossa população. O controle da TB é um indicativo da qualidade da atenção à saúde, mas também da justiça social de um país.

Neste suplemento, a TB foi abordada sob seus vários aspectos dentro do contexto de avaliação das diretrizes adotadas no Brasil nestes últimos dez anos. A reflexão sobre todos estes temas fornece uma visão clara sobre a necessidade do envolvimento de diferentes atores – sociedade civil, governos e gestores, universidades e centros de pesquisa. Assim, por meio da construção conjunta de estratégias efetivas e que maximizem a contribuição específica de cada um desses segmentos, dentro de um contexto esperado de redução das desigualdades sociais, as metas de controle da TB possam ser alcançadas no Brasil.