

**POLÍTICA DE TB NO Brasil**  
Uma Perspectiva da Sociedade Civil  
**TEMPOS DE MUDANÇAS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL**  
Ezio Távora dos Santos Filho

Série de relatórios sobre políticas de controle da tuberculose em  
Bangladesh, no Brasil, na Nigéria, na Tanzânia e na Tailândia

**Public Health Watch**



Copyright © 2006 Open Society Institute. Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, armazenada em sistemas de recuperação ou transmitida em qualquer formato, sem a prévia autorização do editor.

ISBN:

Editor  
Open Society Institute  
400 West 59th Street  
New York, New York 10019 EUA  
[www.soros.org](http://www.soros.org)

Para obter mais informações:  
Public Health Watch  
Open Society Institute  
Email: [phwinfo@sorosny.org](mailto:phwinfo@sorosny.org)  
Site na web: [www.publichealthwatch.info](http://www.publichealthwatch.info)

Desenho e foto da capa: Jeanne Criscola/Criscola Design  
Tradução: Helena Falcão e Ricardo Dell'Aera Dannemann  
Impressão: Editora Regional Ltda., Rio de Janeiro  
Tiragem: 2.000 exemplares  
Impresso no Brasil

#### Ficha catalográfica

PUBLIC HEALTH WATCH. Política de TB no Brasil – Uma perspectiva da sociedade civil. Rio de Janeiro: Open Society Institute, 2006.

SANTOS FILHO, Ezio Távora dos.

Tempos de mudanças para o controle da tuberculose no Brasil/Ezio Távora dos Santos Filho. Rio de Janeiro: PHW-OSI, 2006.

85 p.

Relatório de monitoramento da resposta brasileira em tuberculose.

Política de saúde; tuberculose; mobilização social; TB; TB-HIV; PNCT; SUS.

# Índice

**Prefácio, 4**

**Agradecimentos, 6**

**Siglas, 9**

**1. Perspectiva Geral do Public Health Watch, 11**

**2. Relatório sobre a Política de TB no Brasil, 35**

**Resumo introdutório, 37**

**Fundamentos, 39**

Estatísticas básicas, 39

Compromisso político, 43

Mobilização social, 48

**Programa governamental para o controle da TB e da TB/HIV, 51**

Desenvolvimento histórico do controle da TB no Brasil, 51

Conteúdo do programa, 55

Expansão da estratégia DOTS, 56

Co-infecção TB/HIV, 59

TBMR Tuberculose resistente a múltiplas drogas, 61

Registro e notificação de casos, 62

Atendimento para as populações vulneráveis, 62

**Gestão do programa, 63**

Administração, 65

Dotação de pessoal, 65

Orçamento e despesas, 67

Monitoramento e avaliação, 67

**Infra-estrutura, medicamentos e pesquisa, 68**

Atenção primária de saúde, 68

Laboratórios, 68

Sistemas de distribuição de medicamentos, 71

Educação e pesquisa, 72

**Parcerias, 74**

Colaboração com o setor privado, 74

Colaboração com ONG e organizações comunitárias, 75

Colaboração com ONG que lutam contra o HIV e aids, 77

Colaboração com organizações multilaterais e doadores bilaterais, 77

**Recomendações, 79**

# Prefácio

No primeiro Dia Mundial da Tuberculose (TB) do novo milênio, representantes ministeriais de 20 países, que compreendem 80% da carga global de tuberculose, adotaram a Declaração de Amsterdã para Combater a TB. Ao aderir à Declaração, esses governos se comprometeram a empreender novas e corajosas iniciativas para tratar a epidemia de TB em seus países, e ratificaram seu compromisso de “implementar, monitorar e avaliar” seus programas nacionais de TB de acordo com a estratégia de controle da doença recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

No documento, os governos também expressaram o desejo de “promover o desenvolvimento de parcerias para combater a tuberculose com todos os atores da sociedade: com as instituições e organizações governamentais, com as iniciativas do setor privado, com a indústria, com *organizações não-governamentais* (ONG) e com a comunidade.”

O Public Health Watch apóia o monitoramento independente da adesão das iniciativas governamentais com a Declaração de Amsterdã, como parte de sua missão de promover o engajamento da sociedade civil na elaboração de políticas de controle da tuberculose (TB) e do HIV e aids – duas doenças intimamente ligadas, que levam anualmente a milhões de mortes que poderiam ser evitadas. Estabelecido pelo Open Society Institute (OSI, Instituto da Sociedade Aberta), em 2004, o Public Health Watch (PHW, Observatório de Saúde Pública) também presta assistência ao monitoramento pela sociedade civil das políticas governamentais de combate ao HIV e aids, à TB e à co-infecção TB/HIV, examinando o cumprimento das normas da Declaração das Nações Unidas de Compromisso sobre HIV e aids e da *Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities* da OMS.

Para o Projeto de Monitoramento da TB, os membros da sociedade civil que são parceiros do Public Health Watch em Bangladesh, no Brasil, na Nigéria, na Tanzânia e na Tailândia prepararam avaliações das políticas nacionais de TB com base em um questionário padronizado, que facilita a análise estruturada da compatibilidade das ações do governo com os principais elementos da Declaração de Amsterdã e da estratégia de controle da TB da OMS. Os pesquisadores do Public Health Watch têm formações bastante diversas, que incluem as áreas acadêmica, de desenvolvimento, jornalismo, ativismo independente, bem como a atuação em grandes e pequenas organizações não-governamentais (ONG).

A metodologia de monitoramento adotada pelo Public Health Watch visa oferecer múltiplas oportunidades para o estabelecimento de diálogo e intercâmbio de experiências com vários atores de políticas durante a preparação dos relatórios. Os pesquisadores constituíram um comitê consultivo, composto por especialistas em TB, ativistas e atores de políticas de combate à tuberculose do país. Eles prepararam minutas de relatórios com base nas informações provenientes do comitê consultivo, de pesquisas bibliográficas e de campo, de entrevistas e visitas



aos locais. Em seguida, os pesquisadores organizaram mesas-redondas para receber comentários e críticas dos formuladores de políticas, dos acadêmicos, dos funcionários de governo, dos representantes das comunidades afetadas e de outros importantes atores envolvidos. Finalmente, o Public Health Watch incentiva os pesquisadores a conduzirem atividades de intervenção, nos níveis nacional e internacional, em função das conclusões e recomendações de seus relatórios.

Para acessar os relatórios dos cinco países preparados pelo Projeto de Monitoramento de TB ou para obter mais informações sobre o Public Health Watch, inclusive sobre o Projeto de Monitoramento do HIV e aids, para avaliar sua compatibilidade com a Declaração das Nações Unidas de Compromisso sobre HIV e aids e o Projeto de Defesa de Interesses e Monitoramento da TB/HIV em torno da *Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities* da OMS, visite o site [www.publichealthwatch.info](http://www.publichealthwatch.info).

# Agradecimentos

*Política de TB no Brasil: Uma Perspectiva da Sociedade Civil (Tempos de Mudanças para o Controle da Tuberculose no Brasil)* é o resultado do trabalho de pesquisa de Ezio Távora dos Santos Filho, um ativista do HIV e aids e da TB de longa data e sobrevivente da epidemia de aids, que recebeu tratamento de tuberculose por duas vezes – a segunda vez enquanto realizava os estudos para escrever este documento. A equipe do Public Health Watch preparou a perspectiva geral do relatório e prestou assistência administrativa e editorial, com a colaboração do Departamento de Comunicação do Open Society Institute.

Gostaríamos de agradecer o apoio do Fórum de ONG de Combate à TB no Estado do Rio de Janeiro e as importantes contribuições do comitê consultivo brasileiro, que se reuniu em 25 de janeiro de 2005 para sugerir as diretrizes da pesquisa. Sob a orientação desse grupo e levando em conta as limitações de tempo e de informação, o estudo para este relatório se concentrou nas áreas urbanas de várias partes do Brasil, com o objetivo de permitir a análise das diferenças regionais nas estruturas administrativas e de políticas. Gostaríamos de agradecer às pessoas entrevistadas nas cidades do Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo, Ribeirão Preto e Brasília por terem compartilhado seu tempo e experiências.

Foram organizadas três mesas-redondas no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Brasília, de 28 a 31 de março de 2006, para estimular críticas e comentários sobre a primeira minuta deste relatório. O documento final inclui emendas significativas, de modo a refletir esses comentários e sugestões. Gostaríamos de agradecer a todos os participantes das mesas-redondas e também às pessoas que fizeram suas observações por telefone, pessoalmente ou por correio eletrônico (e-mail).

Para a lista dos participantes das mesas redondas, dos principais entrevistados e colaboradores deste documento veja anexo no fim deste documento.

Por fim, o autor deseja agradecer à Rachel Guglielmo, Diretora de Projetos da PHW, pela inestimável ajuda na produção e na edição deste trabalho.

## Comitê Consultivo Internacional do Public Health Watch

**Faruque Ahmed**, Diretor de Programas de Saúde do Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC)

**Jacqueline Bataringaya**, Consultora Internacional em HIV e aids

**Arachu Castro**, Professora Assistente de Antropologia Médica da Harvard Medical School; Diretora do Institute for Health and Social Justice do Partners in Health

**Claudio Gálvez-Kóvácic**, Diretor do SOIS Institute: Innovation and Development in Health

**Hortense Gbaguidi-Niamke**, Administradora do Programa de HIV e aids do Open Society Institute para a África Ocidental (OSIWA)

**Petra Heitkamp**, Diretora da Secretaria da Stop-TB Partnership

**Bobby John**, Associado Principal do Global Health Advocates

**René L'Herminez**, Consultor sênior da Royal Netherlands TB KNCV Foundation

**Martin McKee**, Professor de Saúde Pública Européia na London School of Hygiene and Tropical Medicine

**Sisonke Msimang**, Administradora do Programa HIV e Aids da Open Society Initiative para a África Austral (OSISA)

**Nina Schwalbe**, Diretora de políticas da Global Alliance for TB Drug Development

Equipe do Public Health Watch

**Rachel Guglielmo**, Diretora de projetos

**Emily Bell**, Administradora de projetos

**Helena Choi**, Administradora de projetos

**Eleonora Jiménez**, Assistente de projetos

**Manisha Nayi**, Assistente de projetos

## Open Society Institute

O Open Society Institute (Instituto para uma Sociedade Aberta) trabalha para construir democracias vigorosas e tolerantes, em países onde seus governos prestam contas a seus cidadãos. Para alcançar essa missão, o OSI procura contribuir para a elaboração de políticas públicas que assegurem maior justiça nos sistemas político, legal e econômico, e que salvaguardem os direitos fundamentais. Em nível local, o OSI implementa uma série de iniciativas para fortalecer os direitos, a educação, a saúde pública e a imprensa independente. Ao mesmo tempo, o OSI constrói alianças através das fronteiras e dos continentes em temas como a corrupção e a liberdade de informação. O OSI dá alta prioridade à proteção e à melhoria das condições de vida das pessoas e comunidades marginalizadas.

O investidor e filantropo George Soros criou o OSI em 1993 como uma fundação privada de financiamento para subsidiar suas outras fundações na Europa Central e Oriental e na antiga União Soviética. Essas fundações foram criadas a partir de 1984 para ajudar os países a fazerem a transição do comunismo. O OSI expandiu as atividades da rede de Fundações Soros para incluir os EUA e mais de 60 países na Europa, Ásia, África e América Latina. Cada Fundação Soros se ampara na experiência de diretorias compostas por cidadãos notáveis que determinam as suas agendas baseadas nas prioridades locais.

[www.soros.org](http://www.soros.org)

## Siglas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, também referida como Aids ou aids
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARV	Medicamentos anti-retrovirais
ATV	Aconselhamento e testagem voluntária
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CDC	Centro para Controle de Doenças nos EUA ( <i>U.S. Center for Disease Control</i> )
CGLAB	Coordenação Geral de Laboratórios
CRPHF	Centro de Referência Professor Helio Fraga
DOT	Tratamento diretamente observado ( <i>Directly Observed Treatment</i> )
DOTS	Tratamento de curta duração diretamente observado ( <i>Directly Observed Treatment Short-Course</i> ), estratégia recomendada internacionalmente pela OMS para tratamento da TB
DST	Doença sexualmente transmissível
EMRP	Escola de Medicina de Ribeirão Preto
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
GAPA-RS	Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS – Rio Grande do Sul
GFATM	Fundo Global de combate a Aids, Tuberculose e Malária ( <i>Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria</i> )
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICOHRTA	<i>International Clinical, Operational and Health Service Research Training Award for Tuberculosis and AIDS</i>
IPEC	Instituto de Pesquisa Evandro Chagas
IUATLD	União Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Pulmonares ( <i>International Union Against Tuberculosis and Lung Disease</i> )
LACEN	Laboratórios Centrais de Saúde Pública
LL	Laboratórios Municipais (locais)
LNR	Laboratório Nacional de Referência
TBMR	Tuberculose resistente a múltiplas drogas
MCP	Mecanismo Coordenador de País ( <i>Country Coordinating Mechanism</i> )
MS	Ministério da Saúde
MSH	<i>Management Sciences for Health</i>
MTB	<i>Mycobacterium Tuberculosis</i>
NIH	Institutos Nacionais de Saúde dos EUA ( <i>U.S. National Institutes of Health</i> )
ONG	Organização(ões) Não-Governamental(ais)

OMS	Organização Mundial de Saúde (WHO <i>World Health Organisation</i> )
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PN-DST/Aids	Programa Nacional de DST e Aids
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PCT-RJ	Programa de Controle da Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro
PSF	Programa Saúde da Família
RNP+	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIM	Sistema de Informações em Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos e Notificações
SISLAB	Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose ativa
TB/HIV	Co-infecção pelo bacilo de Koch e pelo (retro-)vírus da imunodeficiência humana, acarretando a tuberculose e aids
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USAID	Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional ( <i>United States Agency for International Development</i> )
USP	Universidade [Estadual] de São Paulo



**1.**

# **Perspectiva geral do Public Health Watch**

**Estimativa da carga global de TB entre os países  
mais atingidos pela doença, 2004**

		<b>População (milhares)</b>	<b>Incidência de TB (todas as formas) (milhares)*</b>	<b>Incidência de TB (todas as formas) por 100.000 habitantes</b>	<b>Mortalidade por TB (todas as formas) por 100.000 habitantes</b>	<b>Prevalência de HIV nos casos incidentes de TB (%)</b>
1	Índia	1.087.124	1.824	168	30	5,2
2	China	1.307.989	1.325	101	17	0,9
3	Indonésia	220.077	539	245	46	0,9
4	Nigéria	128.709	374	290	82	27,0
5	África do Sul	47.208	339	718	135	60,0
6	Bangladesh	139.215	319	229	51	0,1
7	Paquistão	154.794	281	181	40	0,6
8	Etiópia	75.600	267	353	79	21,0
9	Filipinas	81.617	239	293	48	0,1
10	Quênia	33.467	207	619	133	29,0
11	República Democrática do Congo	55.853	204	366	79	21,0
12	Federação Russa	143.899	166	115	21	6,8
13	Vietnã	83.123	147	176	22	3,0
14	Tanzânia	37.627	131	347	78	36,0
15	Uganda	27.821	112	402	92	19,0
16	Brasil	183.913	110	60	7,8	17,0
17	Afeganistão	28.574	95	333	92	0,0
18	Tailândia	63.694	91	142	19	8,5
19	Moçambique	19.424	89	460	129	48,0
20	Zimbábue	12.936	87	674	151	68,0
21	Myanmar	50.004	85	171	21	7,1
22	Camboja	13.798	70	510	94	13,0

\*A OMS classifica os países com alta carga de TB pelo número absoluto de novos casos da doença em cada país, e esse número não é ajustado devido ao tamanho da população.

Fonte: “Table 6: Estimated TB burden, 2004”, in WHO, *Global Tuberculosis Control Surveillance, Planning, Financing*, (Genebra: WHO, 2005), p. 28.

O Projeto de Monitoramento sobre as políticas de TB do Public Health Watch estabelece parcerias com pesquisadores da sociedade civil em países como Bangladesh, Brasil, Nigéria, Tanzânia e Tailândia, que registram uma alta carga de tuberculose segundo a OMS, com o objetivo de monitorar e incentivar o aperfeiçoamento dos serviços e das políticas governamentais de controle da tuberculose. Os cinco relatórios decorrentes de seus esforços de monitoramento revelam alguns temas abrangentes relacionados à TB e à TB/HIV.

Todos os pesquisadores perceberam níveis baixos de conscientização sobre os aspectos básicos que envolvem a TB e a co-infecção TB-HIV, tanto entre os funcionários que atuam na implementação dessas políticas quanto na população de modo geral; inclusive dentre as populações de alta vulnerabilidade, como as pessoas que vivem com HIV e aids. A profunda ignorância sobre a maneira como a TB é transmitida e do fato de ser uma doença curável contribui para os altos níveis de estigma e discriminação contra as pessoas com tuberculose. Na mídia, a cobertura de temas relativos à tuberculose é rara e os programas nacionais de controle da tuberculose (PNCTs) em geral não dispõem de uma estratégia de comunicação nem de equipes treinadas e capacitadas a interagir de modo eficaz com a imprensa.

Os relatórios dos cinco países também destacam outras questões.

Em primeiro lugar, a atenção inadequada à relação entre a tuberculose e a pobreza resultou na escassez de medidas eficazes do governo que considerem os custos ocultos do tratamento, os quais sobrecarregam o orçamento de pessoas de baixa renda e das populações mais vulneráveis, inclusive as mulheres.

Em segundo lugar, a frequência com que os pacientes com TB lançam mão dos serviços privados de saúde leva a um acesso desigual a serviços de qualidade, restringe a capacidade do governo de monitorar a evolução da epidemia e gera preocupações sobre o potencial de aumento da resistência a medicamentos de primeira linha contra a TB.

Em terceiro lugar, as abordagens específicas ao controle da tuberculose que abrangem a participação da comunidade vêm demonstrando resultados positivos, porém necessitam de mais apoio e de financiamento de fontes nacionais e internacionais.

Por fim, a pesquisa realizada pelo Public Health Watch demonstra que a responsabilidade política e financeira relativa ao controle da TB, na ausência da ampla conscientização pública sobre o problema e da participação da sociedade civil no combate à TB e à TB/HIV, será ineficaz. No momento, existem poucos mecanismos estruturados para incentivar uma ampla participação da sociedade civil no planejamento, na implementação e na avaliação das políticas de combate à TB nos níveis nacional ou internacional.

Além das conclusões e temas comuns descritos nesta perspectiva geral, as recomendações específicas aos países poderão ser encontradas no final de cada relatório nacional.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Veja os cinco relatórios nacionais no site [www.publichealthwatch.info](http://www.publichealthwatch.info) ou contate o Public Health Watch em: [phwinfo@sorosny.org](mailto:phwinfo@sorosny.org).

## Compromisso político de alto nível?

No ano 2000, a adoção da Declaração de Amsterdã para Combater a TB (Stop-TB Partnership) constituiu uma importante iniciativa para agregar compromissos políticos de alto nível em um esforço global renovado para o controle da tuberculose. Os governos dos países com as maiores cargas de TB se comprometeram: a expandir o acesso ao tratamento que adota a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course), recomendado pela OMS para controlar a TB em seus países<sup>2</sup>; a garantir recursos financeiros e humanos adequados para apoiar sua implementação; a monitorar e avaliar seus programas nacionais de TB de acordo com os padrões estabelecidos pela OMS; assegurar “a qualidade, o acesso, a transparência e o pronto fornecimento” de medicamentos contra a TB; e a apoiar as parcerias com as ONGs e com a comunidade.<sup>3</sup>

No entanto, o comprometimento retórico com a Declaração não se traduziu em alocações orçamentárias adequadas nos níveis nacional e local. Na ausência de uma forte liderança nacional, é menos provável que os funcionários estaduais e municipais priorizem o combate à TB em seus orçamentos - particularmente em sistemas políticos altamente descentralizados, como no **Brasil** e na **Nigéria** - ou em países sofrendo reformas nos seus sistemas de saúde, como na **Tanzânia** e na **Tailândia**, onde os cortes orçamentários provocaram um grande impacto sobre a eficácia dos programas nacionais de controle da tuberculose, especialmente nas áreas de monitoramento e avaliação, recursos humanos e treinamento.

O financiamento insuficiente para o setor da saúde comprometeu de modo geral a capacidade de tratamento adequado da doença nos sistemas de saúde pública existentes em **Bangladesh**, na **Nigéria** e na **Tanzânia**. O diretor executivo da Agência Nigeriana de Atenção Primária em Saúde (Nigerian Primary Healthcare Development Agency) comentou que “onde há disponibilidade de serviços [de atenção primária à saúde], a qualidade é de tal ordem que as pessoas preferem buscá-los em outros locais”.<sup>4</sup> Os pesquisadores do Public Health Watch dos cinco países consideraram que os gastos governamentais com a TB foram inadequados para assegurar uma implementação eficaz das políticas nacionais de controle da tuberculose.

<sup>2</sup> A estratégia DOTS compreende cinco componentes principais: (1) comprometimento dos governos no suporte financeiro das atividades de controle; (2) detecção de casos por baciloscopia (microscopia direta de escarro) para todos/as pacientes sintomáticos respiratórios que buscarem os serviços de saúde; (3) oferecimento gratuito de regime de tratamento padronizado de 6 a 8 meses para todos os casos confirmados a partir dos testes positivos de secreção, com tratamento diretamente observado (DOT) diariamente ou por pelo menos três dias nos dois meses iniciais e dois dias nos meses subsequentes; (4) suprimento regular de todos os medicamentos essenciais anti-tuberculose; (5) estabelecimento de sistema padronizado de registro e notificação que permita conclusões seguras sobre o resultado do tratamento para cada paciente e do programa de forma geral. Adaptado de A. Ruffino-Netto; T.C. Scatena Villa. Tuberculose – Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto do Milênio – Rede TB, 2006. P.22. Também disponível no site [www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/index.html](http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/index.html) (acessado em 17 de maio de 2006).

<sup>3</sup> Ver *Amsterdam Declaration to Stop TB*, adotada na Conferência Ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Sustentável, em 24 de março de 2000, Amsterdã, Holanda, disponível em [www.stoptb.org/stop\\_tb\\_initiative/amsterdam\\_conference/documents/decla.pdf](http://www.stoptb.org/stop_tb_initiative/amsterdam_conference/documents/decla.pdf) (acessado em 16 de maio de 2006).

<sup>4</sup> Diretor executivo da National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA) no editorial, *The Guardian*, 30 de maio de 2005.

Por exemplo, apenas cerca de dois terços de todos os laboratórios de Bangladesh têm capacidade para realizar testes de escarro<sup>5</sup> de alta qualidade e em alguns distritos os laboratórios são pequenos e mal ventilados, criando riscos à saúde de seus funcionários. Como observou o pesquisador Afsan Chowdhury: “Se você avaliar o compromisso político [em Bangladesh] em termos de mobilização de recursos – considerando-o como uma medida da importância da TB na agenda política – ele representa pouco ou quase nada”.<sup>6</sup> Os trabalhadores que atuam no combate à TB são mal remunerados e têm uma grande carga de trabalho, o que leva a um alto índice de rotatividade de pessoal, à falta de entusiasmo e a um baixo nível de recrutamento. Nas últimas décadas, com a redução no financiamento para controle da TB no **Brasil**, o trabalho de combate a essa doença foi desprestigiado, ainda que o investimento no tratamento do HIV e aids desde o início dos anos 90 tenha ajudado a melhorar o status dos profissionais que trabalham com o HIV e aids.

No **Brasil**, na **Nigéria**, na **Tanzânia** e na **Tailândia**, a epidemia de HIV e aids provocou uma expressiva recrudescimento das taxas de TB, o que impôs uma sobrecarga nas infraestruturas de saúde. Ainda assim, os governos demoraram a responder com um aumento correspondente nos orçamentos e recursos humanos para combater a TB. Na **Tanzânia**, a elevação nas taxas de incidência de TB – o número de casos aumentou seis vezes entre 1983 e 2003 – foi amplamente atribuída à epidemia de aids. A prevalência do HIV entre as pessoas com tuberculose na **Nigéria** aumentou mais de quatro vezes no período entre 1991 e 2001.<sup>7</sup> Na **Tailândia**, o reaparecimento da TB e o número de pacientes co-infectados com TB/HIV foram igualmente expressivos, embora a integração do seu programa de controle da TB ao Programa Nacional de Combate à Aids, maior e melhor financiado – que se destinava a promover políticas e serviços conjuntos de controle da aids e da tuberculose – tenha, ao contrário, dispersado o controle e os recursos do programa de TB.

As agências internacionais financiam uma grande parcela dos orçamentos dirigidos ao combate à tuberculose em **Bangladesh**, na **Nigéria** e na **Tanzânia**. Em 2003, por exemplo, o governo da Tanzânia contribuiu com apenas 10% do orçamento total anual para o Programa Nacional de TB e Hanseníase.<sup>8</sup> Como observou um profissional de saúde nigeriano: “retire o financiador e tudo cairá por terra.”<sup>9</sup> Os pesquisadores do Public Health Watch recomendam unanimemente que os financiadores devem estar mais atentos, para garantir que os programas de saúde fortaleçam, no longo prazo, a sua capacidade de implementar as atividades de controle da TB sem o apoio externo. “A maior parte da cooperação internacional se baseia em projetos”,

<sup>5</sup> A equipe do BRAC confirme a necessidade urgente de microscópios de melhor qualidade para pesquisas de campo. Entrevista com Faruque Ahmed, diretor dos programas de saúde, BRAC, Daca, março/abril de 2005.

<sup>6</sup> Comentário de Afsan Chowdhury, pesquisador e diretor de defesa de interesses do Public Health Watch, BRAC, 12 de dezembro de 2005.

<sup>7</sup> Apresentação em PowerPoint do NTBLCP/NASCAP, Graph 5 : Trend of HIV seroprevalence in TB patients -1991-2001, Sentinel Survey Report, NASCAP, 2001.

<sup>8</sup> “Table 1: NTLF funding and expenditure for 2003,” in MoH, *NTLF Annual Report* (Dar es Salaam, 2003), p. 4.

<sup>9</sup> Entrevista com o provedor de assistência de saúde, Estado de Ogun, 16 de fevereiro de 2005.

afirmou o pesquisador de Bangladesh, Akramul Islam. “Mas estamos tentando adotar uma perspectiva de longo prazo. Muitas organizações internacionais acreditam que vêm aqui e transferem conhecimento – mas como é possível somente transferir conhecimento e depois lavar as mãos?”<sup>10</sup>

Mesmo em países como o **Brasil** e a **Tailândia**, onde o gasto público corresponde à maior parte do orçamento de saúde, os recursos dos financiadores externos desempenham um papel cada vez mais significativo no controle da TB. Em 2005, 45% do orçamento tailandês para o Programa Nacional de Controle da TB veio do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária (GFATM). Recentemente, organismos bilaterais, como a Agência Norte-americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e outras fontes externas de financiamento público e privado, foram responsáveis pela maior parte dos investimentos em pesquisa clínica e operacional no Brasil. O acesso aos fluxos de financiamento globais está contribuindo de modo determinante para os esforços nacionais de controle da TB nos cinco países. No entanto, todos os pesquisadores do Public Health Watch expressaram preocupação com o potencial de desvio da responsabilidade do governo e seu impacto sobre a capacidade das administrações nacionais de financiar as iniciativas de controle da tuberculose no longo prazo.

Tem sido mínima a mobilização social para fazer com que os governos cumpram seus compromissos de modo a alcançar as metas estabelecidas na Declaração de Amsterdã. Sem uma efetiva pressão dos atores nacionais, as administrações públicas terão pouco incentivo para melhorar seu desempenho no controle da TB. O pesquisador Ezio T. Santos Filho acredita que a posição ocupada por um país de renda média, como o **Brasil**, na lista de nações com uma carga elevada de TB, pode ser explicada apenas pela ausência de mecanismos para assegurar que no exame minucioso e crítico dos esforços do governo para controlar a tuberculose sejam incluídos membros das comunidades mais diretamente afetadas pela TB. Além disso, o pesquisador de **Bangladesh**, Afsan Chowdhury, insiste em que o envolvimento de funcionários dedicados ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose não é suficiente; outros setores também devem prestar apoio. “Precisamos de uma ampla participação de atores multidisciplinares para que a política de controle da tuberculose seja eficaz”, afirma Chowdhury. “Necessitamos de defensores do programa *junto* ao ministro da saúde – precisamos transformar os políticos em ativistas do combate à TB. E a tuberculose precisa ser inserida na agenda política, não só do ministério da saúde, mas também dos ministérios da fazenda e do planejamento.”<sup>11</sup>

A ignorância sobre a Declaração, nos países, é sintomática de uma questão maior: a insuficiente conscientização pública sobre a abrangência e a gravidade da epidemia de tuberculose. A incidência global da tuberculose aumentou nos últimos dez anos.<sup>12</sup> A doença mata cerca de 2 milhões de pessoas por ano<sup>13</sup> e constitui a principal causa de óbito por doença infecciosa

<sup>10</sup> Comentário de Akramul Islam, pesquisador e gerente do Programa de Nutrição e Saúde do Public Health Watch, BRAC, 14 de dezembro de 2005.

<sup>11</sup> Comentário de Afsan Chowdhury, diretor de ativismo, BRAC, Daca, 11 de dezembro de 2005.

<sup>12</sup> “TB Overview,” Global Health Reporting, disponível no site [www.globalhealthreporting.org/tb.asp](http://www.globalhealthreporting.org/tb.asp) (acessado em 25 de maio de 2006).

das pessoas que vivem com HIV e aids. No entanto, se comparada à extensão da mobilização social em torno das questões de saúde, como o HIV e aids, é impressionante a falta geral de conhecimento sobre a grave ameaça à saúde representada pela TB.

## Falta de conscientização

*Não há mais do que um cartaz nas instalações de saúde para promover a conscientização.*

Ezio T. Santos Filho, pesquisador do Public Health Watch <sup>14</sup>

Os pesquisadores do Public Health Watch dos cinco países identificaram a falta de conscientização sobre a TB, em todos os níveis, como uma questão essencial – que apresenta múltiplas consequências e implicações adversas para a eficácia das iniciativas de controle da tuberculose.

Nos países com altos índices da doença, que estão sendo estudados, muitas pessoas não conhecem os aspectos básicos da TB: o seu modo de transmissão, suas formas de tratamento e cura, e onde podem ter acesso a tratamento gratuito. Em **Bangladesh**, onde mais da metade da população está infectada com o bacilo da TB, um estudo recente constatou que algumas mulheres acreditavam que podiam contrair tuberculose ao usar chinelos rasgados. <sup>15</sup> Segundo um médico **nigeriano**, “a maioria das pessoas [no Estado de Imo] ainda pensam que os pacientes de TB foram envenenados. Alguns consideram a doença como uma maldição dos orixás – especialmente quando muitos membros da família são infectados – por isso, consultam videntes e vão a casas de oração para se livrar da praga”. <sup>16</sup> Mesmo os grupos com alto risco de infecção pelo bacilo da tuberculose, inclusive as pessoas que vivem com HIV e aids, parecem não ter informação sobre a TB. Por exemplo, uma recente série de oficinas de mobilização social para ativistas do combate ao HIV e aids no **Brasil** – onde a tuberculose é uma das principais causas de morte por doença infecciosa das pessoas vivendo com aids – revelou que poucos participantes conheciam até mesmo as características básicas da transmissão e do tratamento da tuberculose. <sup>17</sup>

A falta de informação pode levar à demora no acesso a tratamento, o que aumenta o potencial de transmissão da doença. Um estudo recente na **Tanzânia** constatou que apenas 42% dos pacientes de TB se dirigiram ao atendimento de saúde três meses após o início dos sintomas

<sup>13</sup> WHO, *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning Financing*, (Geneva: WHO, 2006), p. 1.

<sup>14</sup> Comentário de Ezio T. Santos Filho, pesquisador do Public Health Watch, mesa-redonda do Public Health Watch, São Paulo, 30 de março de 2006.

<sup>15</sup> F. Karim; I. Begum; A. Islam; AMR Chowdhury. “Gender barriers to TB Control: Fade-out or in?” BRAC Research and Evaluation Division, setembro de 2003, p 6.

<sup>16</sup> Entrevista com C.O Nwakonobi, coordenador do programa de combate à TB e à hanseníase do Estado de Imo, Estado de Imo, 11 de abril de 2005.

<sup>17</sup> Ezio T. Santos Filho, pesquisador do Public Health Watch, observações com base em oficinas de mobilização social, Rio de Janeiro, 2003.

e que a duração média entre o início dos sintomas da TB e a visita a uma unidade de saúde foi de cerca de oito meses.<sup>18</sup>

O baixo índice de conscientização é encontrado também nos atores políticos de alto nível. Na **Tailândia**, o chefe de uma organização religiosa observou que “a percepção geral entre os líderes políticos, assim como na sociedade tailandesa, é de que a TB foi totalmente erradicada”.<sup>19</sup> Na **Tanzânia**, onde mais de 50% das pessoas que vivem com HIV e aids estão co-infectadas pela TB, muitos políticos e chefes de governo locais acreditam que a tuberculose é uma “doença do passado” que afeta relativamente poucos indivíduos e, por isso, não consideram a TB uma prioridade.

A escassez de informação e de recursos educacionais disponíveis para o setor comunitário é um obstáculo ao início da implementação de iniciativas de conscientização. Além disso, os pacientes que não compreendem as implicações do tratamento têm mais possibilidade de negligenciá-lo, o que aumenta o risco de tuberculose resistente a múltiplas drogas (TBMR), que poucos países com uma alta incidência de TB, como **Bangladesh**, **Nigéria**, **Tanzânia** e **Tailândia**, têm capacidade de detectar e tratar. O **Brasil** estabeleceu um eficiente sistema para tratar seus relativamente poucos casos de TBMR. Contudo, está sendo realizada uma pesquisa de âmbito nacional para determinar se os altos índices de falha no tratamento poderiam estar afetando as taxas nacionais de resistência aos medicamentos. Em **Bangladesh**, um conhecido médico especialista em TB se mostrou frustrado pelo fato de existirem muito poucas iniciativas para criar e disseminar informações culturalmente sensíveis no idioma local: “Estamos produzindo documentos em inglês – para quem? Para os financiadores! [Precisamos de material sobre TB] em bengali, bengali e mais bengali. E temos de lembrar que somente uma em três pessoas consegue ler em bengali”.<sup>20</sup> A pesquisadora Jamillah Mwanjisi relatou que as informações sobre TB disponíveis na **Tanzânia** são muito técnicas e repletas de jargões, especialmente se comparadas aos recursos sobre HIV e aids, e que os funcionários envolvidos no combate à TB fazem poucas tentativas de divulgar informações básicas e essenciais que as pessoas necessitem, em um idioma que elas possam entender. “Há muito espaço para a mobilização social em torno da TB – para que os ativistas participem”, afirmou Jamillah. “O problema é que a TB ainda está muito restrita aos especialistas.”<sup>21</sup>

Os membros das comunidades mais afetadas pela TB e TB/HIV devem participar da criação de materiais sobre a tuberculose, que sejam precisos e sensíveis aos contextos social e cultural locais. Incentivar o envolvimento direto de líderes e ativistas comunitários poderia

<sup>18</sup> Study by Healthscope Tanzania and the NTLF, reported in MoH, *NLTP Annual Report* (Dar es Salaam, 2003), p. 5.

<sup>19</sup> Comentários do Rev. Sanan Wutti, The Church of Christ in Thailand, mesa-redonda do Public Health Watch, Chiang Mai, 9 de dezembro de 2005.

<sup>20</sup> Comentário de Zafrullah Chowdhury, coordenador de projeto, Gono Shahsthya Nagar Hospital (GK), mesa-redonda do *Daily Star*, Daca, 13 de dezembro de 2005.

<sup>21</sup> Apresentação de Jamillah Mwanjisi, pesquisadora do Public Health Watch e diretoria do Media Bank, painel do Global Health Council, Washington, D.C., março de 2006.

ajudá-los a desenvolver e utilizar esses subsídios, com o objetivo de promover o conhecimento da TB em suas comunidades.

## Envolvimento da mídia

*[O Dia Mundial da TB é como] o flash de uma câmera, que logo se apaga.*

Somsak Akksilp, Diretor do Departamento de Controle e Prevenção de Doenças da Sétima Região, nordeste da Tailândia <sup>22</sup>

À exceção das declarações oficiais sobre o Dia Mundial de luta contra a tuberculose, os programas nacionais de controle da tuberculose (PNCT) nos cinco países se empenharam muito pouco em divulgar informações importantes sobre a TB através de jornais, televisão ou rádio, de modo contínuo e sistemático. Normalmente, esses programas não apresentam estratégias de comunicação consistentes e as equipes têm pouca experiência de trabalho com a mídia.

Refletindo a situação da população em geral, a maioria dos jornalistas tem pouco conhecimento sobre a TB. A pesquisadora **nigeriana** e também jornalista, Olayide Akanni, concluiu que os jornalistas receiam dar informações sobre a TB, porque não estão suficientemente conscientes dessa questão. “A maior parte dos profissionais”, afirmou ela, “nem sabe que a TB é um problema.”<sup>23</sup> Em uma recente reunião promovida pela organização de Akanni, os Jornalistas contra a AIDS (Journalists Against AIDS – JAAIDS), um grupo de profissionais da comunicação especializados em questões de saúde dos principais órgãos de mídia nigerianos, reconheceram que seu conhecimento sobre a gravidade da TB era limitado, que não sabiam como doença é transmitida nem que existia um vínculo entre a TB e o HIV, além de outras questões relacionadas a essa moléstia.<sup>24</sup> “Os jornalistas não podem escrever matérias sobre a [TB], porque nos falta informação”, afirmou um jornalista de **Bangladesh**. “Não recebemos informações de programas e especialistas em TB de modo a podermos utilizá-las.”<sup>25</sup> Os editores e proprietários de mídia na **Nigéria**, na **Tanzânia** e na **Tailândia** evitam cobrir a TB e outras questões relacionadas à saúde, porque não acreditam que esses assuntos “mais leves” possam atrair o interesse do público. Poucos programas de treinamento dos meios de comunicação que recebem apoio do governo ou de doadores enfocaram a TB ou a TB/HIV.

Na falta de uma estratégia de comunicação bem-articulada dos PNCT, poucos funcionários de governo dedicados ao combate à TB recebem treinamento ou apoio para lidar com a imprensa. Na **Nigéria** e na **Tanzânia**, os jornalistas concluíram que as principais fontes de

<sup>22</sup> Comentário de Somsak Akksilp, diretor do Office of Disease Prevention and Control Region 7, mesa-redonda do Public Health Watch, Bangcoc, 6 de dezembro de 2005.

<sup>23</sup> Apresentação de Olayide Akanni, pesquisadora e funcionária de programas avançados do Public Health Watch, Journalists Against AIDS (JAAIDS), painel do Global Health Council, Washington D.C., março de 2006.

<sup>24</sup> JAAIDS, “TB/HIV, Confronting a Dual Epidemic”, mesa-redonda do JAAIDS, Lagos, 16 de março de 2005.

<sup>25</sup> Comentário de Razu Ahmed, *Daily Amar Desh* (jornal diário em idioma bengali), mesa-redonda do BRAC/Public Health Watch, Dacca, 12 de dezembro de 2005.

informação sobre a TB – funcionários do setor de saúde pública e profissionais de saúde – evitam conceder entrevistas. Segundo Akanni, para se chegar aos funcionários da saúde pública nigeriana “é necessário ultrapassar as barreiras burocráticas e marcar uma entrevista com duas semanas de antecedência”.<sup>26</sup> Mwanjisi acrescenta que, na Tanzânia, “Quando você vai entrevistar os [funcionários do combate à TB], eles desfiam uma série de jargões utilizados pelos especialistas e quando se faz a pergunta ‘Você poderia me explicar isso?’, eles respondem ‘Ah, isso você não vai compreender.’ Esse tipo de atitude decepciona muitos jornalistas.”<sup>27</sup>

O fato de poucas organizações da sociedade civil estarem se preocupando com a TB limita ainda mais as potenciais fontes de informação para os jornalistas. Mwanjisi comentou que “mesmo os grupos de apoio às pessoas que vivem com HIV, e que as colocam em contato com os serviços de combate à TB, não sabem nada sobre o que está acontecendo com o programa nacional de controle da tuberculose”.<sup>28</sup>

## Estigma e discriminação

*O acesso frustrante ao tratamento da TB é estigmatizante, especialmente para os portadores de HIV ou com aids . . . [e] a atitude hostil dos funcionários de saúde . . . é responsável por isso. Ninguém gosta de ir a um local onde é tratado como um marginal. Não importa qual seja a eficácia do tratamento, no final você irá evitar esses locais. Se esse for o único órgão que oferece o tratamento, que assim seja; alguns indivíduos prefeririam morrer a ir lá.*

Yinka Jegede-Ekpe, Coordenadora da Comunidade Nigeriana de Mulheres vivendo com HIV.<sup>29</sup>

A falta de conscientização pública contribui para um ambiente em que as pessoas que vivem com TB sentem vergonha e enfrentam preconceito e discriminação, até mesmo dos funcionários dos serviços de saúde, o que reforça a sua relutância em buscar tratamento e assistência. As mulheres, os migrantes e os membros de outros grupos vulneráveis são particularmente estigmatizados. Nas áreas de alta incidência de HIV, presume-se com frequência que as pessoas com TB contraíram também o HIV, o que intensifica o nível de preconceito que enfrentam.

Sem a compreensão de como a TB pode ser transmitida e que a doença tem cura, cria-se facilmente um ambiente de suspeita, medo e hostilidade em relação às pessoas portadoras de

<sup>26</sup> Apresentação de Olayide Akanni, pesquisadora e funcionária de programas avançados do Public Health Watch, Journalists Against AIDS (JAAIDS), painel do Global Health Council, Washington D.C., março de 2006.

<sup>27</sup> Apresentação de Jamillah Mwanjisi, pesquisadora do Public Health Watch e diretora Media Bank, painel do Global Health Council, Washington D.C., março de 2006.

<sup>28</sup> Apresentação de Jamillah Mwanjisi, pesquisadora do Public Health Watch e diretora Media Bank, painel do Global Health Council, Washington D.C., março de 2006.

<sup>29</sup> Comentário de Yinka Jegede-Ekpe, Coordenadora da Nigerian Community of Women Living with HIV (NCW+), mesa-redonda do JAAIDS, Lagos, 16 de março de 2005.

TB. Em **Bangladesh**, uma pesquisa do Bangladesh Rural Advanced Committee (BRAC) mostrou que “indivíduos comuns não gostariam de se associar a pacientes de TB [por] temer a transmissão da doença”, o que faz com que eles receiem buscar um diagnóstico e tratamento.<sup>30</sup> Embora haja uma grande prevalência de TB nas fábricas (especialmente entre os trabalhadores do setor de vestuário e nas Zonas de Processamento para Exportação) e nas plantações de chá em Bangladesh, o BRAC constata que os proprietários das fábricas evitam permitir o acesso dos profissionais de saúde que controlam a tuberculose e que os trabalhadores resistem a fazer o teste por medo de perder o emprego, se o resultado for positivo para a doença.<sup>31</sup> Um portador de TB **nigeriano** relatou que muitos dos pacientes abandonam seus empregos porque são estigmatizados pelos companheiros de trabalho, que temem ser infectados, e também devido a outras formas mais óbvias de discriminação, como a dispensa pelos patrões.<sup>32</sup>

Mwanjisi vê uma ligação direta entre a falta de informações confiáveis sobre a TB e a co-infecção TB/HIV, e o alto nível de estigmatização da TB na **Tanzânia**: “Assim que se suspeita que alguém possa estar com TB, todos pensam que a pessoa também contraiu o HIV . . . [e] isso ocorre porque as informações sobre a TB são muito limitadas – ou quase inexistentes – especialmente no nível comunitário”.<sup>33</sup> O medo e o preconceito de alguns funcionários da saúde também aumentam a estigmatização das pessoas que vivem com ambas as doenças.

A pesquisa do Public Health Watch afirma enfaticamente que as mulheres são particularmente vulneráveis ao estigma e à discriminação e que, por isso, podem se tornar mais hesitantes em buscar os serviços de diagnóstico e tratamento. Na **Tailândia**, por exemplo, a pesquisa em Kanchanburi revelou a crença comum de que a TB é uma doença “masculina” e está associada a um estilo de vida de alto risco, bem como a comportamentos “não femininos”. Conseqüentemente, para as mulheres, o aparecimento dos sintomas da TB é acompanhado de intensos sentimentos de vergonha e perda de auto-estima.<sup>34</sup> Em muitas comunidades de **Bangladesh**, as mulheres portadoras de TB enfrentam a desaprovação social por apresentarem sintomas físicos como tossir em público, além de uma grande perspectiva de rejeição por parte do marido (ou do noivo, se forem solteiras). Isso resulta em uma maior probabilidade de as mulheres bangladeshianas tentarem esconder ou negar a infecção pela TB, utilizando inicialmente medicamentos caseiros ou tradicionais, e de buscarem serviços profissionais apenas como último recurso.<sup>35</sup>

<sup>30</sup> F. Karim; I. Begum; A. Islam; AMR Chowdhury. “Gender barriers to TB Control: Fade-out or in?” BRAC Research and Evaluation Division, setembro de 2003, p. 6.

<sup>31</sup> Observações com base na experiência do BRAC junto a um centro de tratamento com DOTS, em Chittagong. Ver também F. Karim; I. Begum; A. Islam; AMR Chowdhury. “Gender barriers to TB Control: Fade-out or in?” BRAC Research and Evaluation Division, setembro de 2003, p. 5, contendo relatos de pessoas que perderam o emprego após receberem diagnóstico positivo para TB.

<sup>32</sup> Entrevista com paciente de TB, Broad Street Chest Clinic, Lagos, 10 de fevereiro de 2005.

<sup>33</sup> Apresentação de Jamillah Mwanjisi, pesquisadora do Public Health Watch e diretora do Media Bank, painel do Global Health Council, Washington, D.C., março de 2006.

<sup>34</sup> Soonthornthada et al., *Community Perceptions and Experiences of TB in Kanchanaburi, Thailand: A Gender Equity Analysis*. Institute for Population and Social Research. Mahidol University, 2003, Publication No. 287.

<sup>35</sup> F. Karim; I. Begum; A. Islam; AMR Chowdhury. “BRAC Research and Evaluation Division, setembro de 2003, pp. 28-29.

O estigma relacionado ao gênero é exacerbado pelo fato de que as mulheres normalmente enfrentam mais barreiras para acessar os serviços de saúde que os homens. Muitas vezes, as mulheres não dispõem de renda para cobrir os custos ocultos do tratamento, como alimentação adequada e transporte. Em **Bangladesh** e na **Tanzânia**, as mulheres mencionam esses gastos como um impedimento determinante. As **tanzanianas** dizem que muitas vezes têm que “escolher entre viajar [até uma clínica] para obter seus medicamentos ou comprar comida para a família”<sup>36</sup> – e geralmente optam por não receber assistência para TB.

Há fortes indícios de que a TB se constitui em uma grave ameaça às pessoas que migram de países vizinhos, como Myanmar, Laos e Camboja, para a **Tailândia**. Impossibilitados de ler ou falar tailandês, sem dispor de documentos oficiais e receosos de serem deportados caso entrem em contato com órgãos públicos, muitos desses imigrantes hesitam em buscar tratamento. Aqueles que o fazem mudam de residência com tanta frequência que o tratamento é muitas vezes interrompido, o que leva a uma grande preocupação com a TB resistente a múltiplas drogas.

O impacto da tuberculose também tem sido devastador sobre outros grupos vulneráveis, inclusive prisioneiros, refugiados e minorias. No entanto, alguns PNCT não conseguiram realizar o monitoramento e análise dos dados necessários, nem prestaram apoio à pesquisa realizada em colaboração com instituições acadêmicas e ONG, que poderiam auxiliar na identificação das vulnerabilidades e no desenvolvimento de programas e serviços direcionados. No **Brasil**, por exemplo, como existe um grande número de afro-descendentes entre os pobres, é provável que os negros - e particularmente as mulheres negras - também apresentem altas taxas de TB, apesar de existirem poucas pesquisas sobre esse tema.<sup>37</sup> Nos locais onde esses dados estão disponíveis, como os referentes aos prisioneiros na **Tailândia**, o governo pôde planejar e implementar programas de intervenção mais eficazes.

## Tuberculose e pobreza

São abundantes as evidências de que a pobreza aumenta a vulnerabilidade à TB. A desnutrição, superpopulação, má circulação de ar e instalações sanitárias pouco higiênicas, que comumente caracterizam os grupos carentes, aumentam a probabilidade de infecção pela TB. As pessoas que vivem em comunidades de baixa renda também são mais atingidas pelos custos ocultos de diagnóstico e tratamento da doença e, em consequência, têm menos possibilidade de acesso aos serviços de TB. Em **Bangladesh**, um recente estudo do governo indicou que 70% dos pacientes nos centros de saúde que adotam a estratégia DOTS estavam abaixo da linha de pobreza.<sup>38</sup>

<sup>36</sup> Apresentação de Jamillah Mwanjisi, pesquisadora do Public Health Watch e diretora do Media Bank, International Union Against Lung Disease and TB Annual Conference, Paris, França, 21 de outubro de 2005.

<sup>37</sup> Declaração de Lucia Maria Xavier de Castro, coordenadora do *Grupo Crioula* (Associação Brasileira de Mulheres Negras), durante a reunião do MCP brasileiro, Brasília, abril de 2005.

<sup>38</sup> Ministry of Health and Family Welfare, *Study on Tuberculosis and Poor* (Dhaka: Government of Bangladesh, junho de 2002).

A prevalência da tuberculose e as taxas de mortalidade por TB, no **Brasil**, refletem padrões socioeconômicos mais amplos, com os pobres e as comunidades desfavorecidas sofrendo o maior impacto.

Por sua vez, a TB pode tornar os pacientes mais vulneráveis à pobreza. O tratamento e os custos associados a essa doença são relativamente mais elevados para os pobres. A TB diminui a capacidade física e mental de uma pessoa para trabalhar, o que aumenta ainda mais a carga financeira do tratamento, multiplicando a extensão e o impacto da pobreza. Como 90% dos pacientes de TB bangladeshianos compõem o grupo etário (de 15 a 54 anos) mais economicamente ativo, o peso econômico e social para suas famílias é de grande proporção. De acordo com um documento preparado pelo governo de **Bangladesh**, o impacto econômico associado à TB e às estratégias de confronto da doença desloca 30% dos pacientes não pobres para baixo da linha de pobreza.<sup>39</sup>

### Os custos ocultos do tratamento

*É certo que recebemos diagnóstico e tratamento gratuitos, mas os medicamentos para tuberculose são muito fortes e precisam ser ingeridos com alimento suficiente. A maioria dos pacientes vem de famílias pobres e faz apenas uma refeição por dia. Por isso, às vezes somos forçados a não tomar os remédios.*

Paciente de TB, Dar-es-Salaam, Tanzânia.<sup>40</sup>

É um desafio aderir ao tratamento de seis meses da TB, particularmente para os pacientes desnutridos, que tomam medicamentos anti-retrovirais, lutam contra outras doenças ou são pobres. Seguir corretamente o tratamento requer um sério investimento de tempo, de energia e de recursos familiares do paciente. Os relatórios dos cinco países revelaram que, embora o tratamento da TB seja gratuito, os pacientes se defrontam freqüentemente com os “custos ocultos”, como testes diagnósticos, transporte para as instalações de saúde, suplementos nutricionais (porque os pacientes precisam de uma dieta adequada para tomar os remédios) e necessidade de licença para afastamento do trabalho. Na **Tanzânia**, as pessoas com TB das áreas rurais, em particular, podem gastar várias horas todos os dias para ir e voltar dos postos de saúde, e aguardar de uma a seis horas na clínica para receber os medicamentos – durante os primeiros dois meses do tratamento. Da mesma forma, na **Nigéria**, a pesquisa mostrou que os estados situados no Norte, que são normalmente mais pobres, possuem muito menos centros de controle de TB disponíveis per capita, o que significa que os pacientes têm que percorrer distâncias muito mais longas para

<sup>39</sup> WHO/IUATLD Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance, cited in WHO 2005 and Country Coordination Mechanism, *Application form for Proposals to the Global Fund*, (Dhaka: Ministry of Health and Family Welfare, 2003), pp. 26-27, p 112.

<sup>40</sup> Entrevista com um paciente de TB, Dar-es-Salaam, fevereiro de 2005.

receber cuidados. Em janeiro de 2005, por exemplo, o Estado de Zamfara, na região Norte, dispunha de somente dez centros de saúde que adotavam a estratégia DOTS para uma população de 3,6 milhões de habitantes, enquanto o Estado de Ogun, no Sul, compreendia 116 centros para 2,3 milhões de pessoas.<sup>41</sup> Para muitos pacientes, que também precisam ganhar dinheiro para viver e cumprir com suas responsabilidades familiares, ter que percorrer uma longa distância para receber atendimento de TB é simplesmente insuportável.

No entanto, apesar da visível conexão entre a TB e os fatores socioeconômicos, os governos continuam a tratar da doença principalmente como um problema de saúde pública e não como uma questão mais ampla de desenvolvimento. É comum deixar a discussão sobre a TB a cargo de “especialistas”, um pequeno círculo de profissionais de medicina e saúde que trabalham ou estão associados ao Ministério da Saúde. Por exemplo, enquanto a saúde materna e infantil, a mortalidade infantil e o HIV e aids são destacados nos esquemas de redução da pobreza **da Tailândia**, a tuberculose não é mencionada. O governo **brasileiro** já reconheceu há muito tempo que é necessário prover “incentivos” como bolsa de alimentos e subsídios ao transporte para os pacientes de TB, com o objetivo de garantir a adesão ao tratamento. Contudo, no sistema descentralizado do país, cada estado e município têm a responsabilidade de alocar verbas para fornecer esses incentivos e, na prática, essa disponibilidade varia muito de estado para estado e, até mesmo, no âmbito de cada unidade da federação.

Os padrões de prevalência da TB e as frustrantes despesas ocultas do tratamento podem ajudar a explicar o pouco envolvimento da sociedade civil no combate à TB. As pessoas que vivem na pobreza, as mulheres e os membros de outros grupos vulneráveis não estão bem representados nos processos de formulação de políticas. Esses grupos têm maior probabilidade de serem compostos por indivíduos que não dispõem de nível de escolaridade superior, de acesso político e de aliados nos círculos que elaboram as políticas. Os pacientes que lutam para prosseguir com um exigente regime de tratamento estão mais preocupados com a sua sobrevivência (enquanto estão doentes) e em esquecer essa dolorosa experiência (depois que estão curados) do que nas discussões sobre políticas. No entanto, a participação das pessoas que vivem nas comunidades mais afetadas pela TB – especialmente aquelas que concluíram o tratamento com sucesso – é essencial para o desenvolvimento de programas públicos de contato mais eficientes e a melhoria da qualidade e do acesso aos serviços de modo geral. Levando-se em conta a marginalização enfrentada com frequência pelos indivíduos e comunidades mais afetadas pela TB, os governos e os financiadores internacionais deveriam assumir um papel ativo no incentivo e apoio ao estabelecimento de parcerias com as organizações de base comunitárias, para alcançar esses grupos com mais eficácia.

---

<sup>41</sup> NTLF, “Comprehensive list of health facilities providing DOTS nationwide,” janeiro de 2005.

## Colaboração público-privada

*A qualidade dos cuidados para os pacientes de TB na rede privada de saúde não é aceitável . . . são prescritos diferentes esquemas de tratamento contra a TB, dependendo da experiência do profissional privado e do poder aquisitivo do paciente.*

Relatório da Terceira Missão Internacional Conjunta de Monitoramento em TB e DOTS e HIV e Aids para a Nigéria<sup>42</sup>

Muitas pessoas que apresentam sintomas de TB se dirigem primeiro ao atendimento privado em suas comunidades, mesmo nas áreas teoricamente “cobertas” pelos programas governamentais que implementam a estratégia DOTS. Elas buscam os serviços privados pela falta de conhecimento ou de acesso ao tratamento gratuito, ou porque procuram cuidados de melhor qualidade do que esperam receber nas clínicas públicas. O tratamento da TB nas instituições privadas se baseia com freqüência no poder aquisitivo do paciente, ao invés de seguir as diretrizes nacionais para o tratamento da doença. Na **Nigéria**, por exemplo, em vez de se basear fundamentalmente na baciloscopia (teste de escarro), os profissionais da rede privada de saúde fazem radiografia do pulmão para diagnosticar a TB nas pessoas que podem pagar por esse serviço. A grande procura pelos serviços da rede privada, a qual não colabora com o governo, também produz um impacto negativo sobre a exatidão dos registros e notificações dos novos casos de TB, bem como do registro de falha ou abandono do tratamento.

Enquanto as pessoas com maior poder aquisitivo buscam freqüentemente o atendimento ministrado por médicos particulares devidamente registrados nos respectivos conselhos de medicina, um grande número de pacientes de tuberculose procura tratamento junto a diversos profissionais privados menos qualificados, bem como curandeiros, farmacêuticos e médicos sem licença, poucos dos quais seguem as diretrizes do PNCT. Um recente estudo conduzido em **Bangladesh** concluiu que até 70% dos pacientes de TB pobres consultaram curandeiros, homeopatas ou médicos alopatas, antes de se dirigir aos serviços que oferecem o DOTS.<sup>43</sup> Como esses profissionais privados cobram pelo tratamento da TB, os pacientes aparecem para tratar-se apenas quando têm dinheiro suficiente para comprar medicamentos, e desaparecem completamente quando o dinheiro acaba. A interrupção do tratamento aumenta o risco do paciente de desenvolver (ou transmitir) a TB resistente a múltiplas drogas.

Poucos profissionais privados em **Bangladesh**, na **Nigéria**, na **Tanzânia** e na **Tailândia** enviam pacientes de TB para as clínicas de saúde públicas ou registram oficialmente os casos que tratam. No **Brasil**, ainda que a maioria dos profissionais de saúde pública também atue

<sup>42</sup> Report of Third Joint International TB DOTS/ HIV/AIDS Monitoring Mission to Nigeria, março de 2004, p. 21.

<sup>43</sup> Ministry of Health and Family Welfare, *Study on Tuberculosis and Poor* (Dhaka: Government of Bangladesh, junho de 2002).

como médicos particulares, para compensar os baixos salários do setor público, todos os pacientes com tuberculose têm acesso a tratamento gratuito através do público sistema de saúde. Os profissionais públicos e privados muitas vezes consideram os tramites oficiais como a elaboração de relatórios, preenchimento dos livros de registro e os requisitos para notificação muito complicados e demorados, especialmente quando não há incentivo à adesão às normas estabelecidas pelos programas.

A inclusão de incentivos nos acordos de parceria público-privada pode gerar um impacto positivo. Os relatórios de casos de tuberculose fornecidos pelos hospitais privados de Bangcoc, na **Tailândia**, melhoraram de modo significativo, quando a Secretaria Municipal de Saúde daquela capital implantou um sistema informatizado acessível de registro e notificação de casos, além de incentivos concretos, como acesso a serviços gratuitos de radiografia do tórax e de microscopia de escarro, bem como treinamento e material informativo sobre a TB.<sup>44</sup> Por outro lado, projetos-piloto público-privados semelhantes produziram resultados menos promissores em **Bangladesh** e na **Nigéria**. Como observou um especialista de Bangladesh: “É muito fácil usar a expressão ‘parceria público-privada’, porém muito difícil de implementar. . . . Não sofremos com a escassez de políticas; a questão está no modo de implantá-las – esse é o verdadeiro desafio.”<sup>45</sup> É necessário realizar um estudo cuidadoso para avaliar a razão pela qual alguns projetos-piloto foram bem sucedidos e outros falharam.

## A praticidade da estratégia DOTS

*As pessoas que vivem com HIV e aids se envolveram diretamente [com o seu próprio tratamento]: elas participam de projetos de visitas às casas de pacientes, fazem parte de grupos e comitês nos hospitais, atuam no apoio e incentivo a seus amigos afetados pela doença para que prossigam com o tratamento. Este é o papel principal desempenhado pelas comunidades locais, que contribuiu para o sucesso dos programas de combate à aids [e] essa...história poderia ser repetida para os pacientes de TB.*

Rev. Sanan Wutti, da Church of Christ na Tailândia<sup>46</sup>

A baciloscopia – microscopia direta de escarro – para diagnosticar a tuberculose com garantia de qualidade e o acesso ao tratamento diretamente observado (DOT) são dois dos principais componentes da estratégia DOTS para controle da TB recomendada pela OMS. A pesquisa do Public Health Watch demonstra que as restrições de recursos humanos e financeiros colocam sérios obstáculos à garantia do DOT pelos funcionários do setor de saúde pública em muitos

<sup>44</sup>Comentário do Dr. Pruthi Israngkul Na Ayudya, diretor do BMA Health Center 21, mesa-redonda do Public Health Watch, Bangcoc, 6 de dezembro de 2005.

<sup>45</sup>Comentário de Salehuddin Ahmed, MD, BRAC University, mesa-redonda do *Daily Star*, Daca, 13 de dezembro de 2005.

<sup>46</sup>Comentário do Rev. Sanan Wutti, The Church of Christ na Tailândia, mesa-redonda do Public Health Watch, Chiang Mai, 9 de dezembro de 2005.

países com alta incidência de TB e que ao assegurar uma ampla participação da comunidade nas iniciativas de controle da tuberculose também se poderá contribuir para preencher essa lacuna e ampliar a conscientização e o engajamento social em torno da TB e da TB/HIV. O aparecimento da epidemia de HIV e aids realçou a inadequação dos atuais instrumentos de diagnóstico da TB, mesmo onde estão disponíveis.

Em muitas partes do mundo, os PNCT interpretaram o DOT no sentido de que os trabalhadores treinados na rede pública de saúde deveriam supervisionar e observar todos os dias os pacientes durante a administração de seus medicamentos. Esta é uma proposta para o velho desafio de garantir a conclusão do tratamento. Contudo, na **Tailândia** e em **Bangladesh**, os gestores dos programas de tuberculose admitiram que não é viável para esses funcionários acompanhar diariamente todos os pacientes. Por exemplo, as estatísticas de um centro de tratamento da tuberculose em Chiang Mai indicam que 42% dos pacientes auto-administram o seu tratamento.<sup>47</sup> De acordo com o diretor de uma unidade de saúde em Bangcoc: “O governo e . . . a comunidade internacional . . . afirmam que as pessoas devem receber o DOT em todos os casos, . . . [mas] . . . não podemos nos responsabilizar por 100% dos pacientes. . . . As enfermeiras têm muitas funções a cumprir e muitas doenças para tratar – por isso elas não atendem a todos os pacientes. Tentamos utilizar agentes comunitários. . . . Mas [sem] apoio financeiro, essa situação é insustentável.”<sup>48</sup> No **Brasil**, os postos de saúde que tratam de tuberculose na cidade do Rio de Janeiro oferecem aos pacientes a opção de ir e voltar às suas instalações todos os dias (ou três vezes por semana) para receber o DOT, porém muitos pacientes não aceitam esse regime e decidem se responsabilizar pelo próprio tratamento, muitas vezes por causa das obrigações de trabalho ou talvez por um desejo de evitar que sejam identificados publicamente como pacientes de tuberculose.<sup>49</sup>

De fato, a escassez de pessoal treinado nas unidades de saúde e, particularmente, de equipes dedicadas à tuberculose afeta a praticidade da oferta de DOT nos cinco países. Na **Nigéria**, a dívida interna e as restrições ao gasto público, impostas pelo Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), limitaram historicamente as alocações de recursos e os gastos do setor de saúde, inclusive para garantir e manter os funcionários.

Os desafios ao controle da tuberculose são ainda maiores nas áreas onde há uma elevada prevalência de HIV, porque muitas clínicas de TB não estão equipadas para vencer o obstáculo adicional de diagnosticar os pacientes co-infectados. De acordo com os relatórios do **Brasil**, da **Nigéria**, da **Tanzânia** e da **Tailândia**, muitos pacientes soropositivos morrem de tuberculose sem sequer ter sido diagnosticados ou tratados. Como afirmou um membro da equipe do

<sup>47</sup> Entrevista com Attapon Cheepsattayakorn, diretor do 10<sup>th</sup> Zonal TB and Chest Disease Center, 8 de dezembro de 2005.

<sup>48</sup> Comentário de Pruthi Israngkul Na Ayudya, diretor do Health Center 21, Bangcoc, mesa-redonda do Public Health Watch, Bangcoc, 6 de dezembro de 2005.

<sup>49</sup> Entrevistas com pacientes de TB e equipes de clínicas no Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Brasília, 25 de novembro de 2005 – março de 2006.

Laboratório Nacional de Referência da **Nigéria**: “[Em geral] apenas os testes de escarro não oferecem um diagnóstico correto da tuberculose, especialmente se o paciente for HIV-positivo . . . Não enviamos mais os pacientes de TB aos centros de DOTS, porque muitas vezes os perdemos.”<sup>50</sup>

A OMS publicou a *Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities*<sup>51</sup> para ajudar os países a estabelecer uma resposta coordenada aos desafios de diagnosticar e tratar pacientes co-infectados. Entretanto, poucos países – mesmo aqueles com uma alta prevalência de HIV, como a **Nigéria** e a **Tanzânia** - avançaram além da fase de planejamento e do “projeto-piloto”.

Há pouca discussão entre os profissionais especializados sobre a necessidade de supervisão do tratamento de tuberculose. Os esforços “de cima para baixo”, com o objetivo de assegurar o DOT precisam ser considerados com relação às necessidades do paciente. Deve-se considerar também a possibilidade da inclusão do apoio comunitário, como a OMS vem reconhecendo cada vez mais.<sup>52</sup> Entretanto, Abdul-Mayeed Chowdhury, Diretor Executivo do BRAC, observou que, no âmbito do atual paradigma do controle da , “As pessoas comuns são tratadas como meras usuárias dos serviços que lhes estão sendo oferecidos e não como parceiras em seu tratamento.”<sup>53</sup> Muitos ativistas em TB insistem que os formuladores de políticas públicas deveriam tomar como exemplo a distribuição de ARV aos portadores de aids como um modelo útil para desenvolver programas comunitários de DOTS.

## Programas comunitários de DOTS

*A tuberculose não deveria ser vista como uma doença “somente para especialistas”; ela pode afetar a todos e todas as pessoas têm um papel a desempenhar.*

Jamillah Mwanjisi, pesquisadora do Public Health Watch e diretora do Mediabank <sup>54</sup>

Os programas nacionais de controle da tuberculose em **Bangladesh**, na **Tanzânia** e na **Tailândia** buscaram tornar o tratamento da doença mais acessível e barato por meio da implementação de programas comunitários de tuberculose, freqüentemente em colaboração com as ONG. Embora muitas dessas iniciativas tenham apresentado resultados expressivos e de baixo custo, poucas atraíram investimento e apoio, tanto internos quanto de agências internacionais, para sua ampliação.

<sup>50</sup> Comentário de Rosemary Adu, National Reference Laboratory, Nigerian Institute of Medical Research (NIMR), mesa-redonda do JAAIDS, Lagos, 19 de março de 2005.

<sup>51</sup> Disponível no site [www.who.int/hiv/pub/tb/tbhiv/en/](http://www.who.int/hiv/pub/tb/tbhiv/en/) (acessado em 25 de março de 2006).

<sup>52</sup> “Para fazê-los aderir ao tratamento, os pacientes de tuberculose precisam de apoio e cuidados que considerem suas necessidades. Na prática, isso significa fornecer um parceiro ou assistente para o tratamento, que os pacientes aceitem, visando motivá-los ainda mais a continuar o tratamento, e evitando a tendência de alguns a interrompê-lo.” WHO, “The Five Elements of DOTS”, disponível no site [www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/index2.html](http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/index2.html) (acessado em 17 de maio de 2006).

<sup>53</sup> Abdul-Muyeed Chowdhury, Diretor Executivo do BRAC, mesa-redonda do *Daily Star*, Dhaka, 13 de dezembro de 2005.

<sup>54</sup> Apresentação de Jamillah Mwanjisi, pesquisadora do Public Health Watch e diretora do Mediabank, painel do Global Health Council, Washington D.C., março de 2006.

Em resposta à falta de capacidade do governo para administrar o DOT, utilizando os funcionários da saúde em cada comunidade, o BRAC e outras ONG fornecem serviços comunitários em TB para mais de dois terços de **Bangladesh**. A abordagem do BRAC – o modelo mais utilizado no país – se baseia na *shastho shebika*, ou agente comunitária em saúde. As *shastho shebikas* são treinadas para identificar os sintomas da tuberculose e enviar os pacientes aos centros de diagnóstico da doença localizados em suas comunidades. Quando uma pessoa é diagnosticada com tuberculose, as *shastho shebikas* obtêm medicamentos gratuitos, administram o tratamento diretamente observado na residência do paciente, além de registrar e relatar dados importantes ao BRAC e ao programa nacional de controle da tuberculose (PNCT). As *shastho shebikas* recebem apoio significativo do BRAC na forma de treinamento regular e de cursos de atualização, assim como têm oportunidade de aumentar sua renda: elas podem vender itens farmacêuticos em suas comunidades e recebem uma pequena remuneração de Tk125 (cerca de US\$1.90) para cada paciente de TB curado. Muitas dessas mulheres demonstram satisfação pessoal e ganham prestígio pelo seu trabalho. Como observou uma *shastho shebika* em recente entrevista, “Gosto do meu trabalho porque me fez ser respeitada em minha comunidade.”<sup>55</sup>

O modelo do BRAC de assistência comunitária de saúde produziu importantes resultados: 85% de êxito no tratamento, com cura,<sup>56</sup> com custo 50% mais baixo que os serviços equivalentes nas áreas cobertas pelo PNCT.<sup>57</sup> O programa comunitário de administração da estratégia de tratamento observado do BRAC também gerou expressivos dividendos sociais. As *shastho shebikas* divulgam informações e conscientizam as pessoas não apenas sobre a tuberculose, mas sobre diversas questões de saúde, e não somente para os indivíduos com sintomas de TB, mas também para toda a comunidade, conseguindo assim reduzir o estigma. As *shastho shebikas* afirmam que as pessoas que se recuperaram da tuberculose tornam-se muitas vezes suas maiores aliadas ao incentivar outros indivíduos afetados a falar de seus sintomas e buscar tratamento. Além disso, o fato de os serviços de TB do BRAC serem implementados em colaboração com o governo de **Bangladesh**, que fornece medicamentos gratuitos, monitora e supervisiona o atendimento, reforça a capacidade e a liderança governamental no controle da tuberculose.

Os programas-piloto comunitários de DOTS também demonstraram os resultados positivos do tratamento com custo relativamente baixo nos distritos de Kilombero e Temeke, na **Tanzânia**. Após o início do programa, a taxa de cura em Kilombero apresentou um acentuado aumento de 48% para 78%.<sup>58</sup> Um representante distrital comentou que o programa conseguiu manter serviços de tratamento de alta qualidade por uma fração do custo para os pacientes por

<sup>55</sup> Entrevista com uma *shastho shebika* na região de Dhamrai, 14 de dezembro de 2005.

<sup>56</sup> A Mustaque, R Chowdhury, S Chowdhury, A Islam et al. “Control of tuberculosis by community health workers in Bangladesh,” *The Lancet*, Vol. 350, July 19, 1997, pp.169-72. O relatório anual do BRAC de 2004 registrou um êxito nos novos pacientes de até 89%. *BRAC Annual Report*, 2004, p. 49.

<sup>57</sup> Md. Akramul Islam, AMR Chowdhury, J. Patrick Vaughan et al, “Cost-effectiveness of community health workers in tuberculosis control in Bangladesh,” *Bulletin of WHO*, 2002; 80 (6) pp. 445-450.

<sup>58</sup> Entrevista com o Assistente do Coordenador Distrital de TB e Hanseníase, Kilombero, fevereiro de 2005.

que os gastos com transporte haviam sido eliminados.<sup>59</sup> Um paciente do distrito de Temeke, em Dar-es-Salaam, descreveu o programa como “salvador”, especialmente para as comunidades situadas a uma grande distância das instalações de saúde ou em regiões onde as rodovias não são transitáveis durante as estações chuvosas.<sup>60</sup> Em Temeke, o programa também manteve a qualidade dos serviços e melhorou a eficácia de custo em 37%.<sup>61</sup> No entanto, ambos projetos-piloto foram encerrados devido à falta de financiamento. Os agentes comunitários de saúde continuam a implementar alguns serviços específicos de TB,<sup>62</sup> mas por não contar com apoio financeiro para transporte ou treinamento das equipes de saúde do distrito a abrangência dessas iniciativas permaneceu limitada em sua dimensão.

Na **Tailândia**, voluntários e membros de famílias das aldeias ajudam os trabalhadores da saúde a fornecer os serviços, inclusive a distribuição de medicamentos contra a tuberculose e a administração do DOT. No entanto, há indícios de que o governo não atribuiu suficiente atenção nem recursos para treinamento e apoio a esses voluntários. Além da administração do DOT, os voluntários da aldeia fornecem uma ampla gama de serviços primários de saúde, inclusive informações sobre a tuberculose, em troca de cuidados médicos gratuitos. Os membros das famílias que participam desse trabalho não recebem nem mesmo esse nível de compensação. Alguns voluntários de saúde da aldeia acham que seu trabalho é desinteressante<sup>63</sup> e outros afirmam que a responsabilidade de fornecer informações aos pacientes e à comunidade é muito grande para ficar a cargo de voluntários.<sup>64</sup> Muitos administradores da área de saúde tailandeses reconhecem que os trabalhadores voluntários “precisam de apoio e remuneração. Não podemos fazê-los trabalhar de graça todo o tempo”.<sup>65</sup>

Os programas comunitários de DOTS apresentam um modelo promissor para ampliar a capacidade dos programas de tuberculose do governo e o envolvimento dos indivíduos e das comunidades afetadas nas iniciativas de controle da doença. Contudo, a pesquisa do Public Health Watch sugere que a participação e a liderança dos PNCT, particularmente no oferecimento de apoio técnico, de infra-estrutura e de treinamento, podem ser importantes se forem consideradas a consolidação e a sustentabilidade a longo prazo desses programas.

<sup>59</sup> Entrevista com o Assistente do Coordenador Distrital de TB e Hanseníase, Kilombero, fevereiro de 2005.

<sup>60</sup> Entrevista com o paciente de TB, Kilombero, Tanzânia, fevereiro de 2005.

<sup>61</sup> Wandwalo, Robberstand e Morkve. “Cost and cost-effectiveness of community bases and health facility based directly observed treatment of tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania,” *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2005.

<sup>62</sup> Entrevista com trabalhadores em saúde, Ifakara, Tailândia, fevereiro de 2005.

<sup>63</sup> Entrevista com o consultor do PNCT na Divisão de Aids, TB, DSTs, em 3 de outubro de 2005.

<sup>64</sup> Discussão de grupo com voluntários em saúde da aldeia, no distrito de Mae Sod, na província de Tak, Tailândia, 26 de janeiro de 2005.

<sup>65</sup> Comentário de Sumalee Amarinsangpen, Office of Disease Prevention and Control Region 10, mesa-redonda do Public Health Watch, Chiang Mai, Tailândia, 9 de dezembro de 2006.

## Participação da sociedade civil na formulação de políticas de combate à TB

*A pressão da sociedade ainda não atingiu o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Esse programa ainda está restrito aos especialistas, e ainda estamos dizendo às pessoas como elas devem agir, e isso é o máximo que podemos fazer. Precisamos mostrar que o povo tem direitos [e que] o fornecimento dos serviços de TB . . . deve ser visto como uma obrigação. Até conseguirmos isso, o [controle da tuberculose] não será sustentável e não atingiremos as metas.*

Afsan Chowdhury, pesquisador e diretor de ativismo do Public Health Watch, BRAC <sup>66</sup>

A participação da sociedade civil no planejamento, implementação e avaliação das políticas de controle da tuberculose tem sido mínima, nos níveis nacional e internacional. Embora a importância do envolvimento da comunidade no tratamento de muitas das questões levantadas nos relatórios do Public Health Watch seja cada vez mais reconhecida no nível retórico, ainda existem muitos mecanismos e oportunidades para uma participação mais significativa. As ONGs que atuam na área de saúde ainda são consideradas basicamente como prestadoras de serviços, e o seu papel na promoção e cobrança de maior responsabilidade do governo na elaboração de políticas e serviços eficazes para combater a TB não é amplamente reconhecido.

No plano nacional, os atores da TB não estão habituados a receber críticas dos ativistas da sociedade civil. Na **Nigéria** e na **Tanzânia**, os pesquisadores do Public Health Watch concluíram que esses funcionários resistiam à idéia de que “não especialistas” pudessem desempenhar um papel na avaliação da qualidade dos serviços ou no planejamento e implementação de programas comunitários orientados nos cuidados aos pacientes. “Alguns funcionários de saúde do governo talvez tenham que mudar de atitude”, afirmou um ativista de saúde na **Tailândia**. “Parece que os [especialistas em TB] acham que sabem tudo. Eles têm muito conhecimento, mas não acreditam que as ONGs possam trabalhar com essas questões . . . por que não fomos formalmente treinados.”<sup>67</sup> Em outros países, começam a aparecer indícios de um crescente apoio à participação da sociedade civil na formulação de políticas de controle da TB. Por exemplo, é amplamente reconhecido o impacto do BRAC sobre o desenvolvimento e a implementação das políticas de controle da tuberculose em **Bangladesh** e em outros locais. Desde 2004, o PNCT **brasileiro** mostrou uma maior receptividade ao envolvimento comunitário no monitoramento da implantação de suas políticas. Em novembro daquele ano, o Ministério da Saúde anunciou o seu apoio à criação do Fórum de Parcerias Contra a Tuberculose, o que foi um importante sinal de receptividade à iniciativa multissetorial de controle da tuberculose.

<sup>66</sup> Comentário de Afsan Chowdhury, pesquisador e diretor de defesa de interesses do Public Health Watch, mesa-redonda do BRAC/Public Health Watch, 12 de dezembro de 2005.

<sup>67</sup> Comentário de Jutatip Chaisakul, mesa-redonda do Health Development Networks, Chiang Mai, 9 de dezembro de 2005.

Ao mesmo tempo, o envolvimento da sociedade civil na formulação de políticas públicas de controle da tuberculose no plano internacional tem sido mínima, embora existam indícios de que essa situação também possa estar mudando com o crescente engajamento de experientes ativistas de HIV e aids e ex-pacientes de tuberculose junto à Stop-TB Partnership e em outras entidades internacionais. Até a presente data, os funcionários da OMS vêm insistindo na preservação da aplicação de suas metodologias em epidemiologia e estatística no seu relatório anual *Global Tuberculosis Control* (Controle Global da Tuberculose). Sendo assim, as ONG não foram convidadas a participar da preparação ou da análise dos relatórios do governo submetidos à OMS. No momento, não existem mecanismos abertos aos grupos da sociedade civil aos quais sejam dirigidas avaliações independentes ou recomendações sobre o que pode ser feito para melhorar a eficácia das políticas e serviços de TB durante a preparação do relatório *Global Tuberculosis Surveillance*.

Embora as metas internacionais de detecção e de êxito de tratamento (cura) de casos da OMS sejam consideradas úteis para motivar os governos a demonstrar os avanços alcançados a cada ano, a falta de transparência na coleta de dados e no processo de elaboração dos relatórios que permitam a análise e comentário por parte dos atores interessados se constitui em um incentivo para que o governo relate um progresso muito maior que o realmente alcançado. Por exemplo, vários pesquisadores e atores governamentais **brasileiros** declararam que os dados reunidos para a elaboração dos relatórios a serem enviados à OMS não são divulgados em âmbito nacional,<sup>68</sup> e que os especialistas brasileiros não conhecem a metodologia de coleta de dados, e que existem discrepâncias significativas entre as informações enviadas à OMS e os dados nacionais, em particular a respeito da cobertura da estratégia DOTS, o que cria um panorama impreciso da verdadeira situação.<sup>69</sup> Enquanto os governos considerarem a Declaração de Amsterdã e outros compromissos regionais e internacionais como um meio útil de atrair financiamento internacional que não implique em responsabilidade interna, esses compromissos não irão incentivar uma maior mobilização social, que é amplamente reconhecida como um pré-requisito para que o esforço de controle da tuberculose seja eficaz e sustentável.

Os formuladores de políticas de combate à tuberculose revelaram a importância – e a ausência – do componente representado pela mobilização social nas iniciativas de controle da TB até o momento.<sup>70</sup> Algumas tentativas incipientes foram implementadas para estimular uma maior atividade nessa área. Por exemplo, em 2005, a Stop-TB Partnership formou o Grupo de Trabalho de Ativismo, Comunicação e Mobilização Social. O Departamento da OMS dedicado à parceria para combate à TB iniciou a coleta de informações sobre as iniciativas de defesa de

<sup>68</sup> Comentários dos participantes nas mesas-redondas do Public Health Watch, Rio de Janeiro, São Paulo e Brasília, 28, 30 e 31 de março de 2006.

<sup>69</sup> De acordo com as estatísticas mais recentes da OMS, 52% da população brasileira receberam cobertura da estratégia DOTS em 2004, índice que muitos especialistas brasileiros acreditam estar expressivamente superestimado. Ver WHO, *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning Financing*, (Genebra: WHO, 2006), p. 79.

<sup>70</sup> Ver, por exemplo, Stop TB Partnership, *Report on the Meeting of the second ad hoc Committee on the TB epidemic: Recommendations to Stop TB Partners*, WHO, 2004, p. 15.

interesses nos países com elevada carga de tuberculose e prometeu estabelecer um grupo de trabalho que incluísse a participação comunitária, com o objetivo de desenvolver indicadores que seriam utilizados em um relatório mais detalhado sobre as atividades de comunicação e mobilização social. A Stop-TB Partnership também acolheu diversas iniciativas comunitárias, como a criação de uma força-tarefa para garantir a representação das pessoas que vivem com HIV e aids e/ou com TB em todas as estruturas decisórias.<sup>71</sup> Na sua Quinta Rodada, o Fundo Global concedeu recursos substanciais para apoiar o ativismo, comunicação e mobilização social para o controle da TB em muitos países com alta incidência dessa doença. Um fato talvez mais significativo tenha sido o lançamento do novo *Plano Global de Combate à TB (2006-2015)*, em março de 2006, que identifica o texto a seguir como um entre os seus seis principais elementos: “Engajar as pessoas com TB e as comunidades afetadas: para contribuir nos cuidados aos pacientes, [envolvendo e] intensificando o atendimento comunitário em TB; para demandar, por meio do ativismo, políticas específicas bem como estratégias de comunicação e mobilização social; e para desenvolver um quadro de diretrizes para todos os pacientes.”<sup>72</sup> No entanto, o ideal dessas novas estruturas e declarações de intenção ainda não foi concretizada, e o nível de mobilização social e a participação comunitária nos processos de formulação de políticas para controlar a TB ainda são inadequados.

A participação e a mobilização comunitária provaram ser essenciais na defesa da realização de pesquisas, desenvolvimento de novos instrumentos e de mais recursos para a luta contra o HIV e aids. No entanto, muitas pessoas diretamente afetadas pela TB não dispõem de recursos e de oportunidade para se engajar nos processos de desenvolvimento de políticas. Outros indivíduos, depois de curados, talvez queiram esquecer a doença e o estigma que a caracteriza. Ezio T. Santos Filho, um ativista de longa data contra o HIV e aids no **Brasil**, sustenta que aguardar pelo envolvimento espontâneo e pelo ativismo de cidadãos esclarecidos e com ligações políticas, que foram inicialmente afetados pela aids em países como o Brasil e os Estados Unidos da América, não é uma atitude realista, quando muitas pessoas acometidas pela TB pertencem às comunidades menos favorecidas e marginalizadas em seus países.<sup>73</sup> Para erradicar a tuberculose, será necessária uma mobilização social ainda maior em torno da TB e da TB-HIV, mas isso não ocorrerá sem um esforço conjunto e sustentável por parte dos financiadores, dos formuladores de políticas públicas, dos profissionais e gerentes de saúde, e dos ativistas comunitários.

Public Health Watch

<sup>71</sup> Ver “Call To Action for TB and HIV Community Activists and Advocates To Stop Tuberculosis (TB),” at [www.aidsinfonyc.org/tag/tbhiv/wtbd2005.html](http://www.aidsinfonyc.org/tag/tbhiv/wtbd2005.html) (acessado em 19 de junho de 2006).

<sup>72</sup> Stop TB Partnership, *Global Plan to Stop TB 2006-2015*, Geneva: World Health Organization, 2006. Ver [www.stoptb.org/globalplan/assets/documents/GlobalPlanFinal.pdf](http://www.stoptb.org/globalplan/assets/documents/GlobalPlanFinal.pdf) (acessado em 25 de maio de 2006).

<sup>73</sup> Reunião de representantes da USAID com a equipe e pesquisadores do Public Health Watch, em Washington, D.C., 9 de março de 2006.





## **2.**

# **Relatório da Política de TB no Brasil**

Tempos de mudanças  
para o controle da  
tuberculose no Brasil



## Resumo introdutório

Depois de mais de uma década de políticas ineficientes e mal coordenadas, o governo brasileiro se comprometeu a mudar a vergonhosa posição de 16º na lista dos 22 países com a mais elevada carga de tuberculose da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em se tratando de um país de renda média, orgulhoso de oferecer acesso universal aos serviços de saúde e de oferecer serviços de qualidade para pacientes de HIV e aids, essa mudança está ao alcance do Brasil, mas isso só o tempo dirá.

Muitos especialistas brasileiros em saúde afirmam que a má situação do controle da tuberculose é o resultado do aumento da pobreza e da deterioração das condições socioeconômicas. Este relatório aponta que a incapacidade do governo em controlar a TB se deve a anos de engajamento público limitado, compromisso político insuficiente e também à aplicação inconsistente dos programas de controle da tuberculose no país.

O sistema brasileiro de saúde, altamente descentralizado, concede um significativo grau de autonomia às autoridades estaduais e municipais para implementar as políticas federais. Esse sistema funciona com relativa eficiência para alguns programas de saúde, como o Programa Nacional de DST/Aids. No entanto, até muito recentemente o governo federal não havia demonstrado desejo de implantar a sua própria política para controlar a TB, e as autoridades de muitos estados e municípios não foram capazes e, às vezes, não quiseram colocá-la em prática. A falta de um contínuo apoio técnico e financeiro dos governos nos níveis federal, estadual e municipal acarretou o desenvolvimento e a adoção de políticas independentes de combate à tuberculose sem coordenação entre si ou com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

Essa falta de sistematização dos esforços de controle da TB talvez seja melhor ilustrada pelos índices de implementação da estratégia DOTS, como recomendado pela OMS. A primeira vez que o Ministério da Saúde recomendou o DOTS como estratégia nacional foi em 1996 e o PNCT a reafirmou subsequente em 1999. Contudo, em função dos prolongados debates acadêmicos sobre os méritos dessa estratégia e a forte oposição a ela por parte de determinados setores do governo, adiaram até 2004 os esforços para expandir a implementação do DOTS em todo o país.

A longa negligência do programa de combate à TB é claramente evidenciada pelos índices nacionais. A cobertura do DOTS ainda é lenta, tanto em termos absolutos quanto relativos em comparação a outros países com elevada carga da doença, embora se deva levar em conta que a expansão dos serviços em um país com a extensão do Brasil apresenta desafios significativos. As taxas de prevalência e de mortalidade por TB refletem padrões socioeconômicos

mais amplos, com as populações desfavorecidas e de baixa renda sofrendo o maior impacto. As autoridades estaduais e municipais não responderam devidamente a essas realidades demográficas, com o planejamento e financiamento de programas para minimizar os custos ocultos do acesso aos serviços gratuitos de tuberculose.

A co-infecção TB/HIV é um problema crescente e, embora os dados oficiais sugiram o sucesso do controle da tuberculose resistente a múltiplas drogas (TBMR), as altas taxas de abandono do tratamento causam preocupação sobre o possível aumento dos níveis de resistência aos medicamentos. De modo geral, o serviço nacional de vigilância de doenças infecciosas é deficiente: os estados com infra-estrutura institucional mais forte estabeleceram sistemas de monitoramento das taxas de TB relativamente eficientes, mas existe uma alta probabilidade de que os estados com infra-estruturas mais débeis não estejam conseguindo diagnosticar e tratar um número expressivo de casos de tuberculose.

Os profissionais de saúde pública brasileiros são mal remunerados e o baixo investimento no setor ao longo do tempo levou a dificuldades no recrutamento de funcionários bem qualificados, gerando altos níveis de insatisfação e a um desempenho de baixa qualidade. Muitos profissionais continuam dedicando-se a prestar serviços de combate à TB mesmo em condições inadequadas, mas existe a necessidade urgente de se fazer uma revisão estrutural das políticas de recursos humanos no Brasil, como uma etapa preliminar ao desenvolvimento de soluções a longo prazo.

Do ponto de vista da sociedade civil, o governo brasileiro ainda não foi responsabilizado pela efetiva implementação de sua política de controle da tuberculose, provavelmente devido à ausência de mecanismos que permitam a fiscalização pública dos esforços do governo nessa área, inclusive das pessoas e das comunidades mais diretamente afetadas pela doença. O nível de conscientização pública sobre o perigo de contrair a TB é baixo, mesmo entre os grupos com alto risco de infecção como as pessoas que vivem com HIV e aids. No entanto, até muito recentemente, houve poucas iniciativas de aproveitar a ampla mobilização social em torno da aids, com o objetivo de promover a participação da sociedade na formulação de políticas de controle da tuberculose, e até há alguns anos atrás, o PNCT resistiu às propostas da comunidade para integrar a elaboração das políticas de TB e HIV.

No entanto, esta situação está mudando rapidamente e existem diversos sinais recentes de um consistente compromisso para controlar a tuberculose. Em primeiro lugar, a adoção pelo PNCT de metas e diretrizes políticas claras, em 2004, ofereceu a liderança e o apoio técnico necessários às autoridades dos estados e municípios. Em segundo lugar, o início das reuniões regulares nas macro-regiões do país entre os formuladores de políticas nacionais e os funcionários estaduais e municipais do combate à TB produziu visíveis aprimoramentos na comunicação e coordenação do programa. Em terceiro lugar, o Ministério da Saúde incentivou a criação do Fórum de Parcerias Contra a TB, que representou um claro sinal de seu apoio aos esforços

multi-setoriais integrados para o controle da doença. Por fim, o governo federal aceitou uma maior colaboração com os principais parceiros internacionais, e com diferentes setores do governo, e dentre eles outros programas do Ministério da Saúde, particularmente do PN-DST/Aids e do Programa Saúde da Família (PSF).

O governo brasileiro precisa reafirmar o seu compromisso de garantir que a política nacional de controle da TB irá apresentar resultados positivos e prestar serviços de alta qualidade para as comunidades afetadas pela doença. Isso será facilitado se houver maior cooperação com as organizações da sociedade civil, bem como a participação destas no planejamento e implementação de estratégias de longo prazo para elevar a consciência pública sobre a TB e TB/HIV. As organizações da sociedade civil poderão ainda favorecer a adesão ao tratamento, garantindo apoio e acesso a cuidados adequados para os pacientes de TB; auxiliar no monitoramento regular e a revisão das políticas de controle da TB nos níveis federal, estadual e municipal, e também participar na implementação de pesquisas operacionais para medir a satisfação do usuário com os serviços de TB ao longo do tempo.

## Fundamentos

*Os pacientes chegam aos hospitais morrendo de tuberculose sem nunca ter tido acesso aos serviços de diagnóstico.*

*Margareth Dalcolmo, Coordenadora do Ambulatório do Centro Nacional de Referência Prof. Helio Fraga e Presidente da Comissão de Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia<sup>74</sup>*

Apesar de apresentar um sistema universal de assistência em saúde e de possuir programas de saúde internacionalmente reconhecidos em algumas áreas, o Brasil registra a cada ano um número inaceitavelmente alto de novos casos e mortes devidos à tuberculose. Além disso, as estatísticas oficiais podem estar subestimando o problema, porque muitos pacientes de TB morrem sem ter sido formalmente diagnosticados.

### **Estatísticas básicas**

A República Federativa do Brasil é o maior e mais populoso país da América Latina. Em 2006, a população brasileira é de aproximadamente 186 milhões,<sup>75</sup> com 81% dos habitantes vivendo nas

<sup>74</sup> Entrevista por telefone com a Dra. Margareth Dalcolmo, CRPHF, 24 de junho de 2006.

<sup>75</sup> UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheet – 2004 Update, Brazil, p. 3. <http://www.unaids.org/EN/Geographical+Area/by+country/brazil.asp>

áreas urbanas.<sup>76</sup> De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Peru e o Brasil respondem, em conjunto, por 50% de todos os casos de tuberculose na América Latina.<sup>77</sup> O Ministério da Saúde estimou que aproximadamente 50 milhões de brasileiros estavam infectados com MTB em 2004,<sup>78</sup> o que situou o país na 16ª posição na lista dos 22 países de mais alta carga de TB, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS).<sup>79</sup> Existem às vezes discrepâncias entre os dados do MS e os índices da OMS apresentados em seus Relatórios de Vigilância Global (*Global Surveillance Reports*). Por exemplo, o relatório da OMS de março de 2004 registra a incidência de 62 casos em 100.000 habitantes, comparada aos dados do MS, de 47,2/100.000 para o mesmo período.<sup>80</sup> Considerando que a fonte da OMS é o MS, uma diferença dessa magnitude é difícil de se explicar e necessita de um esclarecimento.

Os dados do MS indicam que houve uma redução significativa na prevalência de TB desde 1982, embora tenha sido mais lenta nos últimos anos.<sup>81</sup> De acordo com a OMS a prevalência da doença também declinou, mas ainda é alto o índice de 77/100.000 habitantes.<sup>82</sup> A tuberculose ainda é a quarta causa de morte por doença infecciosa, sendo responsável por mais de 5000 óbitos a cada ano.<sup>83</sup> É de se notar que a pequena redução na taxa de cura (para cerca de 75,2%)<sup>84</sup> ocorreu no contexto do aumento dos índices de detecção de casos.<sup>85</sup> Ao mesmo tempo, aproximadamente 9,5% dos pacientes com tuberculose abandonam o tratamento<sup>86</sup> e um número significativo conclui o seu tratamento sem evidências de cura. O Ministério da Saúde manifestou a sua insatisfação com esses dados.<sup>87</sup> Além disso, alguns especialistas brasileiros sugeriram que o crescimento da população simultaneamente à queda na qualidade do sistema de acompanhamento da TB pode estar contribuindo para o surgimento de imprecisões nas atuais estimativas da incidência da doença.<sup>88</sup>

Os índices oficiais revelam expressivas disparidades regionais na prevalência da TB. No Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, a incidência é significativamente maior do que a

<sup>76</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) (acessado em 20 de junho de 2006).

<sup>77</sup> OPAS-OMS, *Comunicación social en el control de la tuberculosis – Las Américas 2005*, apresentação em slides do Programa Regional de Tuberculose, pelo Dr. Rodolfo Rodríguez, em Santa Cruz de la Sierra, Bolívia, 31 de maio de 2005.

<sup>78</sup> Ver [http://dtr2001.saude.gov.br/svs/epi/Tuberculose/tuberculose\\_00.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/svs/epi/Tuberculose/tuberculose_00.htm) (acessado em 12 de junho de 2006).

<sup>79</sup> WHO, *Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing* (Genebra: WHO, 2006), p. 77.

<sup>80</sup> WHO, *Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing* (Genebra: WHO, 2004), p. 58; Ministério da Saúde, *Programa Nacional de Controle da Tuberculose*. Brasília, fevereiro de 2004 (documento em arquivo do MS-Word com o autor).

<sup>81</sup> Em 1982, a taxa de incidência foi de 90,3%; em 1993, 54%; e em 2002, 44,5%. Ver <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/epi/Tuberculose/INCIDENCIA.xls> (acessado em 12 de junho de 2006).

<sup>82</sup> Comparação com as taxas de incidência em 1990 (221.034/100.000) e 2002 (141.115/100.000), WHO, *Global Tuberculosis Control – surveillance, planning, financing*, (Genebra: WHO, 2006), p. 77, 166.

<sup>83</sup> Ver <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/epi/Tuberculose/Mortalidade.xls> (acessado em 12 de junho de 2006).

<sup>84</sup> Ministério da Saúde, SVS/SINAN, apresentação em slides pelo Dr. Joseney dos Santos, coordenador do PNCT, 6 de junho de 2006.

<sup>85</sup> WHO, *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*, (Genebra: WHO, 2006), p. 77.

<sup>86</sup> Ministério da Saúde, SVS/SINAN, apresentação em slides pelo Dr. Joseney dos Santos, coordenador do PNCT, 6 de junho de 2006.

<sup>87</sup> Declaração do chefe do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, reunião do Mecanismo Coordenador de País (MCP), 22 de novembro de 2005, Brasília.

<sup>88</sup> Entrevistas com funcionários do programa de TB em Brasília, Rio de Janeiro e Porto Alegre, entre 31 de março e 5 de julho de 2005

média nacional, com 99/100.000 e 17.000 novos casos registrados em 2004. O Estado do Rio de Janeiro registrou uma taxa de mortalidade de 5,7/100.000 habitantes em 2003, o dobro da média nacional para esse mesmo ano.<sup>89</sup> Além disso, existem fortes indícios de que muitos pacientes morrem sem nunca ter sido formalmente diagnosticados com tuberculose.<sup>90</sup> Por exemplo, no Estado do Rio de Janeiro, o programa de controle da tuberculose estima que: “20% dos pacientes não são diagnosticados no estágio inicial da doença, o que aumenta o risco de contágio; muitos casos são detectados apenas no hospital ou após o falecimento.”<sup>91</sup> Essas disparidades regionais refletem padrões socioeconômicos mais amplos, nos quais há uma maior prevalência e vulnerabilidade à TB nas regiões e populações pobres, entre determinados grupos, principalmente de brasileiros descendentes de africanos, que representam quase 70% das pessoas que vivem em condições de extrema pobreza e enfrentam uma história de discriminação e acesso restrito à assistência de saúde.<sup>92</sup>

A co-infecção TB/HIV é um problema cada vez mais sério, particularmente nas regiões com alta prevalência de TB. As taxas de co-infecção se situam entre 25,9% em Porto Alegre, 8,1% no Rio de Janeiro e 2,5% em São Luiz.<sup>93</sup> De acordo com as estatísticas oficiais, é baixa a incidência de TBMR na ordem de aproximadamente 0,9% de todos os casos de tuberculose. Alguns funcionários do Centro de Referência Nacional em Tuberculose acreditam que a avaliação que está sendo realizada no país (o II Inquérito Nacional de Resistência aos Fármacos anti-TB) poderá revelar indicadores da doença menores do que se imaginava anteriormente.<sup>94</sup> Contudo, o alto índice de abandono de tratamento, acima mencionado, leva à preocupação sobre o aumento das taxas de resistência a medicamentos de primeira linha contra a tuberculose.

### **Sistema Único de Saúde: descentralização e acesso universal**

Em 1990, o Brasil adotou o Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e descentralização dos serviços.<sup>95</sup> O SUS é coordenado e regulamentado no nível federal, e implementado nos planos federal, estadual e municipal por meio de serviços públicos e privados de assistência em saúde. Normas específicas tratam da designação de autoridade e de recursos para diferentes programas e serviços de saúde.<sup>96</sup> Os serviços de diagnóstico e tratamento da tuberculose, inclusive testes laboratoriais e medicamen-

<sup>89</sup> Ver <http://www.saude.rj.gov.br/Acoes/tuberculose.shtml> (acessado em 13 de julho de 2006).

<sup>90</sup> Entrevista com Dra. Lia Selig, ex-Coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro e membro da Liga Científica contra a Tuberculose, referindo-se ao seu estudo de doutorado sobre registro de óbitos por tuberculose (em formato de arquivo eletrônico com o autor).

<sup>91</sup> Ver [http://www.saude.rj.gov.br/Tuberculose/oque\\_e.shtml](http://www.saude.rj.gov.br/Tuberculose/oque_e.shtml) (acessado em 13 de junho de 2006).

<sup>92</sup> Proposta do MCP ao Fundo Global, “Strengthening of the DOTS Strategy in Large Urban Centers with High Tuberculosis Burden in Brazil” June 2005, p. 5.

<sup>93</sup> Proposta do MCP ao Fundo Global, “Strengthening of the DOTS Strategy in Large Urban Centers with High Tuberculosis Burden in Brazil” June 2005, p.38.

<sup>94</sup> Entrevista com a Dra. Margareth Dalcolmo, CRPHF, 5 de julho de 2005.

<sup>95</sup> Sistema Único de Saúde, Lei federal 8.080/1990. Prevista na Constituição Federal de 1988.

<sup>96</sup> Lei federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

tos, são considerados parte da atenção primária em saúde em todas as regiões e fornecidos gratuitamente aos pacientes de todo o país.<sup>97</sup>

A qualidade dos serviços do SUS varia de acordo com os estados e municípios. A uniformidade na oferta de serviços depende da capacidade das estruturas e das diretrizes administrativas de um determinado programa.<sup>98</sup> Por exemplo, o PN-DST/Aids e os programas nacionais que atuam contra o câncer e doenças cardíacas desenvolveram estruturas administrativas mais eficientes e diretrizes operacionais mais claras e têm tido maior êxito ao manter uma qualidade uniforme dos serviços e seu prestígio aumentou por causa do melhor desempenho. A estrutura e as diretrizes do PNCT têm sido deficientes e, por essa razão, o programa teve mais dificuldade em garantir a consistência na qualidade da oferta de serviços de TB em todo o país ou na implementação de uma política federal, como o DOTS. Uma pesquisadora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) observou que parece haver “uma desestruturação, uma falta de interesse e conhecimento dos fluxos [no SUS], principalmente pela tuberculose ser uma doença curável; com a implementação do tratamento ambulatorial ela foi realmente posta de lado, como se não precisasse mais ser cuidada, não precisasse mais de atenção”.<sup>99</sup> A supervisão ineficaz do PNCT no contexto do sistema descentralizado do Brasil levou à falta de coerência dos esforços de controle da tuberculose e à ausência de incentivo aos dos gerentes locais para coordenar suas atividades entre si e com o Programa Nacional. A adoção de diretrizes claras para a política federal contra a tuberculose, em 2004, forneceu uma base sólida para expressivas melhorias nesta área.

Muitos especialistas brasileiros concordam que a descentralização dos serviços de TB deveria ser adaptada às condições de cada estado e município, e evitada a adoção de uma abordagem “a qualquer custo”.<sup>100</sup> De fato, o número de unidades de atenção primária de saúde que oferecem serviços de TB é determinado em parte pelo nível geral de descentralização em cada estado. Por exemplo, na cidade de São Paulo, 350 das 390 unidades de atenção primária de saúde oferecem serviços de tratamento e diagnóstico, inclusive coleta de escarro e fornecimento de medicamentos contra a tuberculose.<sup>101</sup> No entanto, o caso de São Paulo é excepcional; em outros municípios, como Porto Alegre, esses serviços estão disponíveis em “centros de referência” ou hospitais, quando deveriam ser oferecidos pelas unidades de atenção primária em saúde.<sup>102</sup> As autoridades do setor de controle da doença no Estado do Rio Grande do Sul também decidiram concentrar esforços para expandir os serviços de TB em apenas 24 de seus 496 municípios, que respondem

<sup>97</sup> Ministério da Saúde, Guia de Vigilância Epidemiológica, (Brasília: FUNASA, 2002), p. 58, Item 4.4 (“Atribuições das Instâncias”).

<sup>98</sup> Lei federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que descreve a devolução da autoridade no âmbito do SUS para os estados e municípios, a fim de estabeleçam suas diretrizes administrativas.

<sup>99</sup> E-mail de Mônica Kramer, pesquisadora da UFRJ, em 17 de abril e entrevista informal no Rio de Janeiro, em 24 de maio de 2006.

<sup>100</sup> Entrevista com a Dra. Vera Galesi, Coordenadora da Divisão de Controle da Tuberculose da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 8 de julho de 2005.

<sup>101</sup> Entrevistas com funcionárias do Programa Municipal de Controle da Tuberculose de São Paulo, e com gerentes, profissionais de saúde e pacientes em quatro unidades municipais de saúde, São Paulo, 8 de julho de 2005.

<sup>102</sup> Visitas a centros de referência em Porto Alegre, 31 de março e 1 de abril de 2005.

por 75% da carga da doença no estado; 232 outras municipalidades, com populações menores, oferecem esses serviços por meio de determinadas unidades de referência.<sup>103</sup> Em alguns casos, as iniciativas de controle da doença podem utilizar a infra-estrutura de outros programas de saúde, como o PSF, para oferecer serviços de TB, mas esta não é uma opção em todos os estados. Nos locais onde esses serviços são mais centralizados, é mais difícil implementar e expandir o DOTS.<sup>104</sup>

## Compromisso político

*“Os problemas da política de controle da tuberculose não serão satisfatoriamente resolvidos se forem tratados exclusivamente no âmbito técnico-normativo. Ao contrário, dependem de uma solução política, que envolve diferentes atores da sociedade e do estado na participação desse processo . . . implica discutir a prioridade da TB no SUS . . . [e também do] desenvolvimento de mecanismos de integração inter-setorial.”*

Dr. Antonio Ruffino-Netto e Dra. Tereza Cristina Scatena Villa,<sup>105</sup>  
Coordenador da Área de Epidemiologia e Coordenadora da Área de  
Estudos Operacionais, respectivamente, da Rede TB

A posição do Brasil como um país com alta carga de TB resulta principalmente da ausência geral de responsabilidade governamental pela política de controle da tuberculose. Por sua vez, essa situação pode ser explicada em larga escala pela falta de envolvimento crítico das pessoas e comunidades mais diretamente afetadas pela doença no desenvolvimento, na implementação e na avaliação das políticas governamentais. No entanto, essa situação está mudando rapidamente. Os desdobramentos mais recentes das políticas fornecem evidências favoráveis de um compromisso político renovado com o combate da doença, representando bons indícios para o futuro.

### Compromisso político no nível federal

O Ministério da Saúde recomendou a utilização do DOTS pela primeira vez em 1996, com o lançamento do Plano de Emergência de Controle da TB.<sup>106</sup> Sob a liderança do administrador da época, o MS adotou formalmente a estratégia DOTS em 1999.<sup>107</sup> No entanto, alguns setores do

<sup>103</sup> Entrevista com o Dr. César Espina, Coordenador do Programa de Controle da TB do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 31 de março de 2005.

<sup>104</sup> Ruffino-Netto, A.; Scatena-Villa, T.C.. (Org.), *Tuberculose – Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – Histórico e peculiaridades regionais* (São Paulo: Instituto do Milênio Rede TB, 2006), p. 200.

<sup>105</sup> Ruffino-Netto, A.; Scatena-Villa, T.C.. (Org.), *Tuberculose – Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – Histórico e peculiaridades regionais* (São Paulo: Instituto do Milênio Rede TB, 2006), p. 43.

<sup>106</sup> Ver [http://dtr2001.saude.gov.br/svs/epi/Tuberculose/tuberculose\\_00.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/svs/epi/Tuberculose/tuberculose_00.htm) (acessado em 20 de junho de 2006).

<sup>107</sup> Ministério da Saúde, *Plano Nacional de Controle da Tuberculose*, 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. Brasília, 1999, pp. 6-31.

MS, bem como alguns especialistas brasileiros, continuaram a considerar essa estratégia como uma “heresia” e se opuseram ativamente à implementação do DOTS até 2003.<sup>108</sup> Além disso, até muito recentemente o PNCT não incentivou a participação da comunidade na oferta de serviços de TB ou no monitoramento da implementação da política de controle da doença e se opôs ativamente às propostas comunitárias para aproveitar a forte mobilização social em torno da aids com o objetivo de promover o controle da tuberculose e as políticas colaborativas em TB/HIV.<sup>109</sup>

Em 2004, esse quadro se alterou abruptamente em consequência das crescentes pressões domésticas e internacionais sobre o governo federal. Em primeiro lugar, atores internacionais, como a OMS, a OPAS, a Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), o Centro para Controle de Doenças nos EUA (CDC), membros da Stop-TB Partnership e a União Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Pulmonares (IUATLD) se tornaram cada vez mais críticos sobre a situação da TB no Brasil. Em segundo lugar, os funcionários do governo e as organizações comunitárias expressaram uma crescente frustração com a ausência de responsabilidade federal em relação a uma política nacional de controle da tuberculose, que não mostrava resultados positivos. Isso se traduziu no estabelecimento de redes e entidades lideradas pela comunidade, especialmente nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Em terceiro lugar, o governo federal parece ter se sentido constrangido pela diferença de desempenho entre o PN-DST/Aids e o PNCT. Por fim, as várias iniciativas estaduais e municipais apoiadas pela OPAS, a USAID e outras instituições internacionais de saúde apresentaram resultados melhores que o PNCT e atraíram um considerável apoio e reconhecimento.

Em fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde reagiu a essas pressões elaborando uma nova política para o PNCT com diretrizes e objetivos claros. A política adotada em 2004<sup>110</sup> representa uma mudança radical na abordagem do controle da tuberculose pelo governo. O documento não só reafirma o compromisso da administração federal com a estratégia DOTS, como foi determinado na política de 1999, mas também destaca a necessidade de uma maior integração entre o PNCT e o PN-DST/Aids, bem como o valor e a importância do envolvimento da comunidade. Essa nova política também estabelece reuniões freqüentes entre os formuladores de políticas nacionais e os gerentes estaduais e municipais na área de TB, para estimular uma implementação mais coordenada dos esforços de controle da doença.

<sup>108</sup> E-mail do Prof. Ruffino Netto, 28 de março de 2006. Para ver a descrição feita por Ruffino-Netto dos esforços de implementação da estratégia DOTS e a resistência que ele enfrentou do PNCT, ver Relatório da 119ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, 8-9 de maio de 2002, p. 9 (cópia eletrônica com o autor).

<sup>109</sup> Experiência pessoal do autor ao apresentar uma proposta de atividades de mobilização para TB-HIV envolvendo o Programa DST/Aids e o PNCT (então representado pelo Diretor do CRPHF, Miguel Aiub Hijjar, e pela Coordenadora de Treinamento, Maria José Procópio, 11 de junho de 2003).

<sup>110</sup> Ministério da Saúde, Programa Nacional de Controle da Tuberculose, Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância Epidemiológica; Coordenação Geral de Doenças Endêmicas; Área Técnica de Pneumologia Sanitária, Brasília, fevereiro de 2004 (arquivo do MS-Word com o autor).

As novas diretrizes do PNCT e a mudança de atitude que elas representam já produziram alguns resultados estimulantes. Os encontros regionais dos programas de TB estão ocorrendo agora com regularidade e vêm contando com a participação de funcionários de alto nível do PNCT, de outros programas do Ministério da Saúde, particularmente do Programa Nacional de DST/Aids e de representantes de organizações internacionais, como a OPAS. Essas reuniões estão incentivando os administradores locais de controle de tuberculose a adotar o DOTS e a trabalhar de modo mais cooperativo com o Programa Nacional, o que está produzindo uma necessária mudança de atitudes e de abordagem do tratamento da doença.<sup>111</sup>

Em novembro de 2004, o Ministro da Saúde anunciou oficialmente a criação do Fórum de Parcerias Contra a Tuberculose (o equivalente nacional ao Stop-TB Partnership)<sup>112</sup> e desde então os membros dessa entidade têm participado também das reuniões de coordenação regional.<sup>113</sup> Essa parceria fornece um mecanismo para o estabelecimento de diálogo e cooperação entre um grupo mais amplo dos principais atores de políticas, abrangendo outros programas federais (o DST/Aids, por exemplo), bem como entre parceiros internacionais, redes e ONGs nacionais. A formação da Parceria representa um reconhecimento público da intenção do governo de mudar sua maneira de negociar e de prestar apoio ao renovado esforço multissetorial de controle da tuberculose.

Desde 2004, a tuberculose passou a ser um tópico mais comum nas declarações públicas dos principais representantes políticos. No dia 6 de novembro de 2005, por exemplo, o Presidente Lula fez uma declaração conjunta com o Presidente dos EUA, George W. Bush, em Brasília, sobre a necessidade de se estabelecer uma maior colaboração internacional para o controle da TB, da aids e da malária.<sup>114</sup> Essas expressões de apoio político vindas dos altos escalões ajudaram a produzir mudanças na percepção da doença pelo público e deram um novo alento às atividades do PNCT. Declarações recentes de funcionários do MS em reuniões e eventos públicos sugerem que está sendo atribuída uma maior prioridade às atividades de controle da TB do que no passado.

Os funcionários do setor de saúde do governo não citam a Declaração de Amsterdã de Combate à TB, embora o seu conteúdo esteja presente nas políticas do PNCT e nas declarações oficiais. Por exemplo, o atual coordenador do PNCT fez referência ao DOTS e a outros compromissos para o controle da TB nos seus recentes discursos em encontros regionais com administradores estaduais desse programa.<sup>115</sup> O Secretário Nacional de Vigilância em Saúde merece particular crédito por sua franqueza ao tratar da situação atual da TB:

<sup>111</sup> Esses documentos se baseiam na participação do autor em alguns desses encontros regionais, a convite do PNCT durante o ano de 2005, que lhe permitiu a observação direta da implementação da nova política e a realização de diversas entrevistas com funcionários estaduais e municipais.

<sup>112</sup> Para mais detalhes, ver [http://dtr2001.saude.gov.br/svs/destaques/tb\\_forum.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/svs/destaques/tb_forum.htm) (acessado em 20 de junho de 2006).

<sup>113</sup> Ver [http://dtr2001.saude.gov.br/svs/destaques/tb\\_forum.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/svs/destaques/tb_forum.htm) (acessado em 20 de junho de 2006).

<sup>114</sup> Ver o site do Ministério das Relações Exteriores (Palácio do Itamaraty) em [http://www.mre.gov.br/portugues/politica\\_externa/discursos/discurso\\_detalhe.asp?ID\\_DISCURSO=2719](http://www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/discursos/discurso_detalhe.asp?ID_DISCURSO=2719) (acessado em 24 de junho de 2006).

<sup>115</sup> Discursos do Dr. Joseney dos Santos, Coordenador do PNCT, Encontro Regional de Coordenadores do Programa da Região Sul, em Porto Alegre, RS, 31 de março de 2005.

*... Com os instrumentos de que dispomos no Brasil, poderíamos ter avançado muito mais. É por esse motivo que o Ministério da Saúde desta administração escolheu a tuberculose como uma de suas prioridades.<sup>116</sup>*

## **Compromisso político no nível estadual**

O nosso sistema político descentralizado, juntamente com a ausência até agora de uma política federal eficiente de controle da TB, acarretou um considerável desequilíbrio nos níveis de compromisso com o combate à doença nos diversos estados e municípios e, conseqüentemente, na capacidade desses programas. Mesmo nos locais onde os funcionários estaduais e municipais se envolvem pessoalmente com essa questão, eles podem enfrentar restrições políticas e financeiras para implementar medidas eficazes para controlar a tuberculose.

Por exemplo, os funcionários dos programas de TB no estado e na cidade de São Paulo conseguiram garantir o apoio do governo, apesar dos consideráveis desafios impostos pelo tratamento da epidemia em uma grande área densamente povoada. Contando com uma clara atenção política, níveis mais consistentes de financiamento e melhor infra-estrutura que muitos outros estados e municípios, o programa de controle da tuberculose, tanto no plano estadual quanto municipal, funciona com relativa eficiência, está bem integrado a outros serviços e programas municipais, como o Programa Estadual de Combate à Aids em São Paulo, e alcançou bons resultados, com cerca de 85% das suas unidades municipais de saúde oferecendo serviços de TB<sup>117</sup>. A sólida infra-estrutura de controle da TB no Estado de São Paulo facilitou a expansão do DOTS, embora o tratamento diretamente supervisionado (DOT) ainda não seja uma opção real para muitos trabalhadores. Dispondo de recursos humanos e financeiros limitados, as autoridades municipais de São Paulo centralizaram seus esforços na oferta de DOT para as populações que sofrem mais alto risco de não serem tratadas, como os alcoólatras e os moradores de rua.

Em outros estados, onde o apoio político ao combate à tuberculose foi menos consistente, houve uma clara discrepância entre a política e a prática. Por exemplo, embora a atual governadora do Rio de Janeiro<sup>118</sup> tenha identificado a TB e a hanseníase como as principais prioridades de saúde do Estado durante a sua campanha eleitoral, ela transferiu centenas de milhões de reais do orçamento estadual de saúde para o seu programa Cheque-cidadão. Essa iniciativa gerou uma forte controvérsia e graves atritos entre os poderes legislativo e executivo de seu governo e uma significativa repercussão nos meios de comunicação. Um dos componentes desse programa determinava o pagamento de um incentivo mensal aos pacientes de baixa

<sup>116</sup> Declaração do Dr. Jarbas Barbosa, Secretário Nacional de Vigilância em Saúde, durante o lançamento da Parceria Brasileira contra a Tuberculose, 24 de novembro de 2004, em Brasília.

<sup>117</sup> Entrevistas realizadas em São Paulo e Ribeirão Preto em 4 de abril e 7-8 de julho de 2006; as entrevistas em São Paulo incluíram funcionários da Divisão Estadual de Controle da TB e do Programa Municipal de Controle da TB, além de profissionais e pacientes de diversas unidades de saúde.

<sup>118</sup> Rosângela Rosinha Garotinho Barros Assed Matheus de Oliveira é Governadora do Estado do Rio de Janeiro desde janeiro de 2003.

renda com TB e hanseníase, com o objetivo de ajudá-los a sustentar suas necessidades básicas e diminuir o abandono do tratamento, mas os portadores de TB nunca tiveram acesso à assistência prometida, porque a lei estadual dirigida a essas pessoas nunca foi assinada.<sup>119</sup> As medidas tomadas pela governadora, ao reduzir o orçamento de saúde para poder prover esse auxílio, se mostraram ineficazes e levaram a atrasos significativos na implementação do Programa Estadual de Controle da TB (PCT-RJ).<sup>120</sup> Além desses cortes nos recursos, as demoras no recebimento de créditos internacionais contribuíram para uma grave crise orçamentária no programa estadual de controle da tuberculose.<sup>121</sup> Apesar disso, Lísia Freitas, coordenadora do PCT-RJ, observa que “o programa continuou a receber apoio político das autoridades do estado” e registrou avanços na expansão do DOTS, por meio da cooperação com os coordenadores municipais e da expansão dos serviços de detecção de casos às prisões e salas de emergência de hospitais, apesar de todas as dificuldades.<sup>122</sup> Seria necessário destacar que durante o mesmo período o município do Rio de Janeiro apresentou um nítido progresso na implementação do DOTS, tendo obtido visível apoio político do governo municipal e um forte incentivo dos parceiros internacionais para o financiamento de pesquisa operacional.<sup>123</sup>

No Rio Grande do Sul, embora o coordenador do programa estadual de controle da TB tenha expressado apoio à descentralização, os funcionários municipais da área de TB ofereceram grande resistência, devido às restrições de pessoal, administrativas e financeiras.<sup>124</sup> Isso resultou na concentração dos serviços de TB em 24 dos 496 municípios, que concentram 75% da carga de pacientes de TB no estado. No Rio Grande do Sul e em muitos outros estados, as limitações enfrentadas pelos funcionários públicos, aliadas à crença amplamente difundida na eficácia do tratamento auto-administrado, levaram a uma evidente resistência à implementação do DOTS.<sup>125</sup>

<sup>119</sup> Declaração de Ana Luiza Bittencourt, da Assessoria para Dermatologia Sanitária do Estado do Rio de Janeiro, na reunião do Fórum de ONGs de Combate à Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro, outubro de 2005, confirmada por telefone em 28 de junho de 2006.

<sup>120</sup> Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro, 2003 a 2005, Rio de Janeiro: Programa para o Controle da Tuberculose, 2003 (também conhecido como Força Total).

<sup>121</sup> Observações pessoais do autor ao trabalhar como consultor do programa estadual de controle da TB em 2003.

<sup>122</sup> E-mail da Dra. Lísia Freitas, Coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro, 25 de abril de 2006, anexo: Principais metas alcançadas – Convênio USAID 2004-2005, Rio de Janeiro, 2005 (arquivo MS-Word com o autor).

<sup>123</sup> Essas incluíram parcerias com a Universidade Johns Hopkins, apoiadas por financiamento dos Institutos Nacionais de Saúde (NIH) dos EUA e também do projeto THRio, que se concentra na co-infecção TB/HIV como parte do Consortium to Respond Effectively to the AIDS TB Epidemic (CREATE), que recebe subsídios da Fundação Bill e Melinda Gates.

<sup>124</sup> Entrevista com o Dr. César Espina, coordenador do Programa de Controle da TB do Estado do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, 31 de março de 2005.

<sup>125</sup> Ruffino-Netto, A.; Scatena-Villa, T.C. (Org.), Tuberculose – Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – Histórico e peculiaridades regionais (São Paulo: Instituto do Milênio Rede TB, 2006), pp. 199-200.

## Mobilização social

*As pessoas acham muito estranho quando eu digo abertamente que tenho tuberculose – elas sentem vergonha de ter a doença.*

Ezio T. dos Santos Filho, pesquisador do Public Health Watch

Muitos brasileiros, inclusive aqueles mais vulneráveis à infecção pelo bacilo da tuberculose (MTB), não estão cientes de que a doença ainda é um problema em seu país. É comum a estigmatização – e a auto-estigmatização – dos pacientes de TB. As pessoas normalmente reagem com incredulidade ao diagnóstico do que se considera como uma “doença do passado”. A tuberculose está associada à pobreza e às más condições de saúde, e a longa história do país de tratamento da doença em sanatórios ainda está viva na memória das pessoas. A baixa conscientização e a estigmatização são as principais razões da ausência de mobilização social em torno da TB e da falta de uma demanda fortemente articulada por uma melhor oferta de serviços de saúde aos pacientes de TB.

A consciência pública sobre a ameaça representada pela TB e TB/HIV é extremamente baixa, mesmo entre os grupos de maior vulnerabilidade de infecção, como os portadores de HIV e aids. Uma série de oficinas de mobilização social envolvendo ativistas de HIV e aids realizadas no Rio de Janeiro, em 2003, revelou a falta de conscientização até mesmo sobre as questões mais básicas como o modo de transmissão da TB e o fato de que a doença tem cura; e que a maior parte dos participantes das oficinas nunca tinham ouvido falar da TBMR.<sup>126</sup> A falta de conhecimento é até mais séria entre as populações de baixa renda e marginalizadas, que são as mais afetadas pela doença. Há uma escassez de informações e materiais educacionais que expliquem os aspectos básicos da TB e TB-HIV em termos claros, acessíveis e não-científicos para um maior público, nos níveis estadual e municipal. Como observou um ativista, “ainda precisamos traduzir os dados científicos na linguagem da sociedade civil, para que possam ser lidos, compreendidos e utilizados”.<sup>127</sup>

Antes de tomar atitudes particularmente positivas ou negativas em relação aos pacientes de TB ou à doença, a maioria dos brasileiros ignora o fato de que a tuberculose é um problema e considera a doença um infortúnio do passado. Ao mesmo tempo, as pessoas que foram infectadas pela TB muitas vezes sentem vergonha de sua situação e se esforçam para evitar que sejam identificadas como tuberculosas. Por exemplo, os pacientes no Distrito Federal (Brasília e cidades satélites) preferem com frequência receber tratamento em clínicas distantes de suas residências para evitar que os vizinhos saibam que estão com TB.<sup>128</sup>

<sup>126</sup> Observações pessoais do autor em oficinas de mobilização social, por ele organizadas no Rio de Janeiro em 2003. Essas oficinas resultaram na criação do Fórum de ONG de Combate à TB no Estado do Rio de Janeiro, em agosto de 2003.

<sup>127</sup> Comentário de um participante da mesa-redonda do Public Health Watch, São Paulo, 30 de março de 2006.

<sup>128</sup> Entrevistas com o Dr. Mario A.V. Pessolani e a enfermeira Ildinei, além de pacientes, administradores e outros funcionários trabalhando com TB na Unidade Mista, Brasília, D.F., 7 de abril de 2005.

Em 2002, os programas de controle da tuberculose nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo começaram a investir nos esforços de mobilização social, com o objetivo de promover uma maior conscientização sobre a TB e TB-HIV, estimular a demanda do público por melhores serviços de atendimento e incentivar o monitoramento da política de combate à tuberculose pela sociedade civil.<sup>129</sup> Essas importantes iniciativas estaduais levaram aos mais importantes avanços no aumento de conscientização e mobilização pública dos últimos anos, especialmente com o estabelecimento do Fórum de ONG de Combate à Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro, e da Rede de Controle Social da TB no Estado de São Paulo. A bem-sucedida proposta brasileira do Mecanismo Coordenador de País (MCP) para a Quinta Rodada do Fundo Global descreve os planos de expansão dessas iniciativas para outras partes do País, inspirados nesses exemplos.<sup>130</sup>

O estigma, a baixa conscientização e o perfil demográfico dos pacientes de TB representam obstáculos à mobilização pública; todos esses fatores tornam claro que a participação social não se dará espontaneamente, como aconteceu no final do século XIX em torno da TB e nos anos 80, em torno da epidemia de aids. Nesse contexto, o PNCT, bem como os funcionários de nível estadual e municipal, tem a especial responsabilidade de incentivar e apoiar o envolvimento das organizações comunitárias e das pessoas afetadas pela TB nos esforços de controle da doença. Em vez de considerar esse fato como mais uma obrigação financeira, os diferentes níveis de governo deveriam reconhecer que o apoio consistente à mobilização social é a melhor maneira de promover o monitoramento por parte da sociedade e garantir a observação das demandas das pessoas afetadas por melhores serviços de TB.

## Política de comunicação

*Não há nada mais do que um cartaz nas instalações de saúde para promover a conscientização.*

Ezio T. Santos Filho, pesquisador do Public Health Watch<sup>131</sup>

Antes de 2004, o governo federal não considerava a comunicação como um componente de sua estratégia de controle da tuberculose, por isso não havia nenhuma política nacional de comunicação. Na mídia brasileira, pouca atenção era atribuída à tuberculose como um problema de saúde grave e atual. Os governos estaduais e municipais implementavam iniciativas pontuais de informação sobre a TB de modo especial, principalmente nas instalações de saúde, quando era

<sup>129</sup> O autor foi consultor de mobilização social do PCT-RJ em 2002-2003, como parte de um projeto da Management Sciences for Health (MSH) no Rio de Janeiro, financiado pela USAID. O autor também trabalhou como consultor da Divisão de Tuberculose da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no início de 2004.

<sup>130</sup> Proposta do MCP ao Fundo Global, "Strengthening of the DOTS Strategy in Large Urban Centers with High Tuberculosis Burden in Brazil," Objective 2, Service Area 1: "Activities for social mobilization and behavior change," junho de 2005.

<sup>131</sup> Ezio T. Santos Filho, mesa-redonda do Public Health Watch, São Paulo, 30 de março de 2006.

o caso.<sup>132</sup> O Ministério da Saúde não mantinha um registro sistemático e atualizado dessas atividades ou de seu impacto, e o Centro de Referência Professor Helio Fraga (CRPHF) parece ser a única instituição de saúde que tem arquivos sobre as campanhas contra a TB em décadas passadas.<sup>133</sup>

O PNCT ainda carece de um plano estratégico para orientar um esforço sustentado de mobilização e conscientização do público nos estados e municípios de todo o país. A política nacional de controle da TB de 2004 abrange o componente de comunicação, cuja implementação é supervisionada por um funcionário indicado pelo MS.<sup>134</sup> Com base nessa política, o PNCT patrocinou uma campanha nacional de conscientização sobre a TB em 2004, que envolveu chamadas na televisão e no rádio, bem como anúncios em jornais e revistas, nos quais um ator famoso incentivava as pessoas com sintomas da doença a se submeterem aos testes. A cobertura da TB na mídia cresceu de alguma forma, mas ainda tende a se concentrar no Dia Mundial de luta contra a Tuberculose, em eventos especiais, como na criação do Fórum de Parcerias Contra a TB ou, nos momentos de crise, quando ocorreu a interrupção dos serviços de TB no hospital municipal Raphael de Paula Souza, em Curicica, no Rio de Janeiro. Contudo, a campanha de 2004 foi pouco intensificada.

Em 2005, uma nova iniciativa de parceria, envolvendo o MS, a Fundação Ataulpho de Paiva e outras instituições, lançou outra campanha, com o apoio de produção da British Broadcasting Corporation (BBC), desta vez incluindo uma avaliação de impacto. Novamente, essa iniciativa mais recente não pareceu estar vinculada a uma estratégia mais ampla de comunicação que demandasse planejamento e orçamento público. A proposta do MCP para o Fundo Global abrange o componente da estratégia de comunicação que deverá ser desenvolvido nos próximos anos. Contudo, no momento, não há indícios de um esforço de informação abrangente e sustentado, que possa integrar a contínua participação dos atores responsáveis pelo PNCT, de seus parceiros no setor público e da sociedade civil, em lugar de campanhas independentes como as de 2004 e 2005.

---

<sup>132</sup> Entrevistas com diversos profissionais de assistência de saúde e ativistas em aids em diversas partes do Brasil: Sandra Perin e Alexia Meurer, GAPA-RS; José Marcos Oliveira, RNP+ Sorocaba, Fórum de ONG-Aids do Estado de São Paulo; Marcio Koshaka, Grupo Estruturação, Brasília; e vários membros do Fórum de ONG de Combate à TB do Estado do Rio de Janeiro, entre 31 de março e 5 de julho de 2005.

<sup>133</sup> O autor não pôde obter os indicadores das campanhas de comunicação nos últimos anos através de consulta por e-mail ou telefone ao MS em Brasília, em 2005.

<sup>134</sup> Entrevista com André Falcão, do Núcleo de Comunicação da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, durante a Oficina de Comunicação e Mobilização Social contra a TB, promovida pela OPAS, em Santa Cruz de la Sierra, Bolívia, 31 de maio de 2005.

# Programa governamental para o controle da TB e da TB/HIV

## Desenvolvimento histórico do controle da tuberculose no Brasil

Para compreender a situação atual da TB no Brasil, é necessário conhecer o processo histórico por meio do qual uma política nacional altamente eficiente contra a TB, produto genuíno de um movimento de mobilização social de massas, perdeu apoio político e público.

O Brasil possui um longo histórico de iniciativas, tanto por parte do governo quanto da sociedade civil, para controlar a TB. Na virada do século XX, a tuberculose era a principal causa de mortes no Rio de Janeiro. Em resposta a isso, formou-se uma coalizão composta por influentes profissionais das áreas de medicina, direito e comércio, denominada Liga Brasileira contra a Tuberculose, para “implementar no País o tratamento e a profilaxia da tuberculose, com base na ciência moderna”.<sup>135</sup> Em 1945, o governo estabeleceu a Campanha Nacional contra a Tuberculose (CNCT),<sup>136</sup> que rapidamente se tornou um programa fundamental de saúde pública. No final das décadas de 1940 e 1950, a Campanha administrava uma extensa rede de sanatórios públicos de TB (com cerca de 23.000 leitos hospitalares para pacientes de tuberculose em 1950<sup>137</sup>), e introduziu a terapia tríplice diária para tratamento da doença<sup>138</sup>, em 1956, com o objetivo de incentivar o tratamento ambulatorial dos pacientes. A Campanha Nacional recebeu uma parte significativa do orçamento do Departamento Nacional de Saúde do Ministério de Educação e Saúde – mais da metade do total, por um período durante os anos 1950. Embora a Campanha fosse criticada por ser excessivamente centralizada, impulsionada pelo governo e concentrada exclusivamente nas áreas mais afetadas (o que deixava a descoberto outras áreas do país), ela resultou em uma redução espetacular das taxas de TB nas principais cidades e em um acentuado declínio no número de pacientes hospitalizados.

<sup>135</sup> Nascimento, Dilene Raimundo. *Fundação Atauilpho de Paiva – Liga Brasileira contra a Tuberculose – Um século de luta*. Rio de Janeiro: FAPERJ; Quadratim, 2002, p. 30.

<sup>136</sup> Governo do Brasil, Decreto 9.387/45, 1945.

<sup>137</sup> Barreira, Ieda de Alencar. *A enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*. (Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993), tese de doutorado, 1992, p.62

<sup>138</sup> Barreira, I.A. *A enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*. (Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993), tese de doutorado, 1992, p.100. A terapia, também conhecida como “esquema de Crofton”, era composta pelas novas drogas isoniazida (IZH, 1952), ácido paraaminosalicílico (PAS, 1948) e estreptomicina (SM, 1946), e indicada a todos os paciente para um ano de tratamento inicial, com o objetivo de evitar a resistência primária, que já estava ocorrendo com a monoterapia.

Um dos pontos altos da Campanha foi a parceria estabelecida com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP),<sup>139</sup> que promoveu um maior envolvimento por parte de enfermeiras e nutricionistas nos esforços de controle da TB. O SESP não utilizava somente “enfermeiras visitantes” – um método em uso desde a década de 1920 – mas também incorporou o tratamento “assistido” ou “observado” por “visitadoras sanitárias”.<sup>140</sup> A ex-enfermeira do SESP, Elsa Ramos Paim, declara:

*O que hoje vocês chamam hoje de ‘DOTS’ já era utilizado há muito tempo; nós, enfermeiras, ... costumávamos oferecer tratamento diretamente observado aos pacientes, em Picos, no Estado do Piauí, em meados dos anos 1960. Nós o denominávamos ‘tratamento supervisionado’. Os pacientes - homens e mulheres – recebiam os medicamentos ao saírem para o trabalho na lavoura, bem cedo pela manhã. Era um tratamento amplo, que envolvia a família e alcançava altas taxas de cura.<sup>141</sup>*

O investimento do SESP no recrutamento e remuneração de profissionais de saúde altamente qualificados é hoje amplamente admirado. Por exemplo, a ex-Coordenadora do Programa de Controle da TB no Estado do Rio de Janeiro (PCT-RJ) observou que:

*A Fundação SESP foi uma instituição de excelência em saúde pública. Os profissionais tinham o melhor nível possível e a melhor remuneração dentre as instituições de saúde do país. Ela foi um grande exemplo do que pode ser feito no setor de saúde – quando se investe em bons profissionais e se apóia o seu desenvolvimento profissional.<sup>142</sup>*

O golpe militar de 1964 introduziu mudanças importantes no sistema de saúde pública, inclusive a tendência à privatização e à descentralização da prestação de serviços. A partir de 1966, reformas sucessivas no sistema de saúde levaram ao estabelecimento da abordagem contributiva (ou previdenciária), e a um progressivo declínio no orçamento do Ministério da Saúde.<sup>143</sup> Os profissionais de TB fizeram tentativas criativas e corajosas para responder ao dile-

<sup>139</sup> Serviço Especial de Saúde Pública, mais tarde transformado na Fundação SESP, que foi posteriormente incorporada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), criada nos anos 80.

<sup>140</sup> As “Visitadoras Sanitárias” foram trabalhadoras treinadas para apoiar o serviço de saúde e geralmente eram mulheres que administravam o tratamento de TB supervisionado domiciliar. Entrevista com Elsa Ramos Paim, Rio de Janeiro, 10 de junho de 2006. Ver também Barreira, I.A. *A enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose* (Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993), Tese de doutorado, 1992.

<sup>141</sup> Na região Nordeste, o Estado do Piauí é o mais pobre do Brasil. Entrevista com Elsa Ramos Paim, ex-enfermeira do SESP; ENSP; Rio de Janeiro, agosto de 2005.

<sup>142</sup> Entrevista por telefone com a Dra. Lia Selig, em junho de 2005, e conversa informal com o Dr. Joseney dos Santos, atual coordenador do PNCT, Brasília, dezembro de 2005.

<sup>143</sup> Barreira, I.A. *A enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose* (Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993), Tese de doutorado, 1992, p.110.

ma imposto pela drástica redução nas instituições e serviços de saúde.<sup>144</sup> De forma mais destacada, Germano Gerhard Filho, diretor do PNCT de 1979 a 1983,<sup>145</sup> adotou diversas inovações revolucionárias. A mais importante foi a terapia breve de seis meses que incluía a rifampicina, um novo medicamento muito caro que multiplicou em 20 vezes o custo do tratamento.<sup>146</sup> Gerhard Filho também iniciou o uso da combinação de duas drogas em uma mesma cápsula<sup>147</sup> e a unificação das diretrizes para o tratamento da TB em 1982. Credita-se amplamente a esses importantes avanços o constante declínio na incidência de TB durante esse período. De acordo com o atual coordenador do PNCT, “o esquema de curto prazo terminou com o paradigma do paciente internado e foi um importante instrumento para a reintegração do paciente de TB à sociedade e ao mercado de trabalho.”<sup>148</sup>

Ocorreram também algumas importantes mudanças estruturais durante esse período, que coincidiram com o final dos governos militares (o último foi o do Presidente General João Baptista de Oliveira Figueiredo, 1979-1985<sup>149</sup>). Em primeiro lugar, os orçamentos dos Ministérios da Previdência e da Saúde foram unificados. Em segundo lugar, o novo esquema de tratamento, embora fosse 20 vezes mais caro<sup>150</sup>, ajudava ainda assim a reduzir muito significativamente os gastos com os pacientes internados,<sup>151</sup> porque poucos doentes tinham que ser hospitalizados. Em terceiro lugar, vários aspectos importantes da administração do PNCT<sup>152</sup> foram estabelecidos no Rio de Janeiro.<sup>153</sup> Embora isso fosse compreensível na época, como um esfor-

<sup>144</sup> O número de leitos hospitalares para pacientes com TB foi reduzido de 23.000 para menos de 3000. Em parte por essa razão, as notificações de tuberculose aumentaram de 47.000, em 1974, para 88.000 em 1984. Barreira, I.A. *A enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993 (Tese de doutorado, 1992), p. 160.

<sup>145</sup> O Dr. Germano Gerhardt Filho coordenou o PNCT de 1979 a 1983 e é o atual presidente da Fundação Atauolpho de Paiva. Barreira, I.A. *A enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993 (Tese de doutorado, 1992), p.155.

<sup>146</sup> Esse tipo de tratamento se tornou popularmente conhecido como esquema RIP: rifampicina, isoniazida e pirazinamida. A adição de rifampicina o tornou muito mais eficaz. É importante notar que o Dr. Gerhardt Filho foi muito criticado, no Brasil e no exterior, por indicar a utilização de um novo medicamento tão caro para toda a população.

<sup>147</sup> Em 1979, o MS encomendou em dois laboratórios (Lepetit e Cyba-Geiger, que já encerraram suas atividades) a produção de cápsulas contendo Rifampicina 300mg + Isoniazida 200mg, para adultos, e 150mg+100mg, para crianças e adultos com baixo peso. Entrevista com o Dr. Germano Gerhardt Filho, na sede da Fundação Atauolpho de Paiva, no Rio de Janeiro, em 25 de maio de 2006.

<sup>148</sup> Entrevistas realizadas em Porto Alegre, em 31 de março de 2005 e durante a reunião do MCP, em 1 de junho de 2005, em Brasília.

<sup>149</sup> Ver o site do Palácio do Planalto: <https://www.planalto.gov.br/> (acessado em 25 de junho de 2006)

<sup>150</sup> Barreira, I.A. *A Enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, UFRJ: 1993. p. 154.

<sup>151</sup> Germano Gerhardt Filho afirmou que 90% do orçamento anual do PNCT foi destinado à compra de medicamentos e com pacientes hospitalizados. O novo esquema RIP reduziu as despesas com os pacientes internados, o que acarretou uma redução nos gastos com a TB. Entrevista com o Dr. Germano Gerhardt Filho, na sede da Fundação Atauolpho de Paiva, no Rio de Janeiro, em 25 de março de 2006.

<sup>152</sup> Na época, o PNCT era subordinado, desde 1976, à Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS), que substituiu a anterior Divisão Nacional de Tuberculose (DNT) e a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT). Nas últimas décadas, ocorreram várias mudanças nessas instituições relacionadas à TB. Ver Barreira, Ieda de Alencar. *A Enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, UFRJ: 1993. p. 142-171.

<sup>153</sup> Barreira, I.A. *A Enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, UFRJ: 1993. p. 154-155.

ço para tornar mais eficazes as ações do programa, a instalação do “gabinete” em um local separado levou a conflitos entre o PNCT de Brasília e o CRPHF.

Um efeito colateral inesperado, decorrente do sucesso do novo tratamento, foi a crença cada vez maior de que a TB não era mais um grande problema de saúde pública, o que causou um constante declínio no orçamento destinado às atividades de controle da tuberculose durante os anos 1970 e o início da década de 1980. Com a redução dos salários, o prestígio e o alto status anteriormente atribuído aos profissionais de saúde pública continuaram a decair – em um processo que foi iniciado em meados dos anos 1960. Durante os anos 1980, os profissionais de saúde pública se concentraram nos debates da grande reforma sanitária em curso e, dentre os temas, sobre a conveniência de se manter um sistema contributivo de previdência social ou adotar uma abordagem que proporcionasse um acesso universal. O estabelecimento de uma nova Constituição em 1988 indicou que prevaleceria o modelo do acesso universal, o que ocorreu de fato com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990.

Além disso, em 1990, o Presidente Fernando Affonso Collor de Mello declarou publicamente que a tuberculose não se constituía mais em um grande problema para a Saúde Pública do Brasil. Alguns observadores acreditam que esse posicionamento refletiu um excesso de confiança geral no sucesso resultante da transição dos serviços hospitalares de TB para os ambulatoriais. No entanto, Margareth Dalcolmo, que atua no CRPHF, observa que a situação da TB na época (1990) não justificava tal confiança. Ela afirma:

*A incidência da tuberculose ainda era no mínimo de 50 casos por 100.000 habitantes. Ou seja, a [TB ainda era] um problema de saúde pública de grande magnitude, que afetava pessoas entre 20 e 30 anos, isto é, em sua fase mais produtiva. [O julgamento equivocado do Presidente Collor] levou à decisão arbitrária de acabar com a Campanha Nacional contra a TB e ignorar todo o conhecimento que tinha sido adquirido em décadas de trabalho.<sup>154</sup>*

O momento em que essa declaração foi proferida não poderia ter sido pior para os esforços de controle da tuberculose. Ao mesmo tempo em que os serviços de TB eram drasticamente reduzidos, o HIV e aids atingia proporções epidêmicas. Em 1992, o Brasil registrou o segundo maior número de casos de aids nas Américas,<sup>155</sup> o que contribuiu em última instância para a recrudescimento das taxas de TB nos anos 1990.

A partir de meados da década de 1990 até os primeiros anos do século XXI, os caminhos dos programas de TB e de DST/Aids divergiram consideravelmente. O PNCT continuou a se enfraquecer cada vez mais, tanto em termos de recursos financeiros como de liderança estra-

<sup>154</sup> Entrevista com a Dra. Margareth Dalcolmo, CRPHF, 5 de julho de 2005.

<sup>155</sup> The World Bank, *Staff Appraisal Report – Brazil – AIDS and STD Control Project – October 8, 1993*, Report no. 11734-BR. Documento em arquivo do MS-Word. Internal Document, Annex B – p. 47. O Brasil registrou 24.704 casos de aids até 31 de março de 1992, comparados a 218.301 nos EUA.

tégica, o que levou o Brasil a receber a dúbida honraria de ocupar sua atual posição entre os países com a mais elevada carga de TB. Por outro lado, a partir de 1992, o PN-DST/Aids começou a receber mais atenção e financiamento, especialmente do Banco Mundial, em 1993, e chegou a ser aclamado mundialmente por sua resposta agressiva e eficaz frente ao HIV e aids.<sup>156</sup>

## Conteúdo do programa

A política nacional de controle da TB de 2004 trata explicitamente dos cinco elementos da estratégia DOTS, adota os objetivos globais de detecção de 70% dos casos e de 85% de êxito dos tratamentos, e estabelece diretrizes administrativas para a implementação da política para os gerentes (coordenadores/as) estaduais e municipais. Além disso, as diretrizes para a terapêutica foram desenvolvidas numa parceria entre a Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde com a SBPT e outros importantes cientistas, e disseminadas pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.<sup>157</sup>

No nível federal, o Programa Fome Zero do Presidente Lula reconheceu formalmente a necessidade de se estabelecer um vínculo entre os programas de saúde e os de assistência social. Embora tenha sido considerada muito controversa no início dessa administração, essa iniciativa mostrou alguns resultados efetivos nos últimos anos, de acordo com o jornal *O Globo*.<sup>158</sup> Da mesma forma, o governo brasileiro reconheceu há bastante tempo que é necessário fornecer “incentivos”, com o objetivo de estimular a adesão ao tratamento entre a esmagadora maioria de pacientes de TB que são de baixa renda. Por exemplo, a Conferência Nacional de Saúde de 2002 definiu, dentre suas recomendações, que os programas de saúde deveriam utilizar financiamentos específicos para oferecer apoio nutricional por causa de sua importância na promoção de saúde.<sup>159</sup>

Nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, entre outras, os pacientes de TB têm direito a receber mensalmente cestas básicas, assim como vale-refeição e vale-transporte, mas isso não acontece em muitas outras regiões do país. Um grande número de profissionais e administradores da área de saúde hesita em adotar políticas de assistência social pelo receio de serem considerados populistas. No entanto, é essencial voltar mais a atenção para os vínculos entre TB e pobreza, a fim de melhorar os índices nacionais de tratamentos bem-sucedidos.

<sup>156</sup> Santos Filho, Ezio Távora. Saindo da sombra: o Movimento Social brasileiro no financiamento do Banco Mundial ao Programa Nacional de Aids, Tese de mestrado, Instituto de Relações Internacionais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

<sup>157</sup> SBPT; Ministério da Saúde. M.P. Dalcolmo (Ed.), II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose – 2004, Jornal Brasileiro de Pneumologia, Vol.30, suplemento 1, junho de 2004.

<sup>158</sup> “Nova pesquisa do IBGE reafirma e redime o Fome Zero”, *O Globo*, 22 de junho de 2006, Primeiro caderno, Seção “Opinião”, p.7.

<sup>159</sup> Item 93 do Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 96. Este documento está disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/web/relatoriofinal12.pdf>. Informação por e-mail fornecida por Mario Scheffer, jornalista do Conselho Regional de Medicina de São Paulo e ex-membro do Conselho Nacional de Saúde. 27 de junho de 2006.

## Expansão da estratégia DOTS

A política nacional de TB de 2004 adota claramente a estratégia DOTS e estabelece a meta de expansão dos serviços de DOTS para 315 municípios prioritários, que abrangem 80% da carga nacional de TB em 2006.<sup>160</sup> De acordo com a OMS, a cobertura da estratégia alcançou 52% em 2004, o que significou um rápido crescimento se comparados aos índices de 34% em 2003 e de 3% em 1998.<sup>161</sup> Os dados mais recentes do MS confirmam essa tendência, tendo registrado uma estimativa de 63,8% de cobertura do DOTS em 2005, e de 76,4% no final de 2006.<sup>162</sup>

Esse aumento acentuado na abrangência da estratégia, nos últimos anos, pode ser atribuído em parte à expansão da estratégia DOTS nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo (inclusive em ambas capitais), assim como em seis cidades nos estados da Paraíba<sup>163</sup> e Recife<sup>164</sup>, e na região Centro-Oeste, a partir de 1997.<sup>165</sup> No entanto, alguns especialistas brasileiros sustentam que as estatísticas do MS e da OMS não apresentam um panorama exato da situação real.

Na prática, a capacidade de implementar a estratégia DOTS varia consideravelmente entre estados e municípios assim como em sua abrangência. Nem sempre a “plena cobertura” da estratégia DOTS (que incluem o DOT) se dá nas áreas consideradas “cobertas” pelo tratamento. Consultas ao PNCT revelaram que os indicadores de “cobertura do DOTS” se referem ao número de serviços de saúde, entre os 315 municípios prioritários, que oferecem o tratamento supervisionado (DOT)<sup>166</sup> ou os serviços plenos de DOTS. Em outras palavras, 63,8 em 100 unidades municipais de saúde nos 315 municípios prioritários já disponibilizam o DOT, o que significa que toda a população desses locais não está de fato atendida.<sup>167</sup> Além disso, segundo o comentário de Afrânio Kritski: “existem diversos Brasis .... o DOTS em uma região pode não ter nada em comum com o DOTS em outra região”.<sup>168</sup> Por fim, muitos profissionais que atuam na área de

<sup>160</sup> Proposta do MCP ao Fundo Global, “Strengthening of the DOTS Strategy in Large Urban Centers with High Tuberculosis Burden in Brazil” junho de 2005, p. 9.

<sup>161</sup> WHO, Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing (Geneva: WHO, 2006), p. 79. Ver também A. Ruffino-Netto e T.C. Scatena-Villa, (Org.), Tuberculose – Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – Histórico e peculiaridades regionais (São Paulo: Instituto do Milênio Rede TB, 2006), pp. 40, 51, confirmando o crescimento da cobertura do DOTS de 3% em 1998 às taxas atuais, e o registro do início da implementação da estratégia DOTS, em 1997, no Centro-Oeste do Brasil.

<sup>162</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. “Avaliação e Monitoramento da Tuberculose 2006”. Apresentação de slides em Powerpoint, do Dr. Joseney dos Santos, Coordenador do PNCT, junho de 2006, Slide 11. Ver também Ruffino-Netto, A.; Scatena-Villa, T.C. Tuberculose – Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – Histórico e peculiaridades regionais (São Paulo: Instituto do Milênio Rede TB, 2006), p.40.

<sup>163</sup> Ruffino-Netto, A.; Scatena-Villa, T.C. (Org.), Tuberculose – Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – Histórico e peculiaridades regionais (São Paulo: Instituto do Milênio Rede TB, 2006), pp.141-165.

<sup>164</sup> Ruffino-Netto, A.; Scatena-Villa, T.C. (Org.), Tuberculose – Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – Histórico e peculiaridades regionais (São Paulo: Instituto do Milênio Rede TB, 2006), pp.167-179.

<sup>165</sup> Ruffino-Netto, A.; Scatena-Villa, T.C. (Org.), Tuberculose – Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – Histórico e peculiaridades regionais (São Paulo: Instituto do Milênio Rede TB, 2006), pp.49-72.

<sup>166</sup> Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de Controle da Tuberculose (Brasília: MS, fevereiro de 2004), p. 4 (arquivo do MS-Word com o autor). O documento define o tratamento supervisionado como a administração de medicamentos sob observação direta, nos dois primeiros meses, e duas tomadas diretamente observadas da medicação por semana nos quatro meses seguintes.

<sup>167</sup> E-mail enviado pelo Dr. Joseney dos Santos, chefe do PNCT, 26 de junho de 2006.

<sup>168</sup> Comentário de Afrânio Kritski, Universidade Federal do Rio de Janeiro/Rede TB, mesa-redonda do Public Health Watch, Rio de Janeiro, 28 de março de 2006.

TB afirmam que mesmo se eles apoiassem a estratégia DOTS, em princípio, não seria possível oferecer o DOT a todos os pacientes, levando-se em conta os recursos humanos e financeiros disponíveis. Eles argumentam que uma extensa implementação necessitaria de um significativo volume de novos recursos, com o objetivo de contratar mais funcionários e prover incentivos aos pacientes de TB para que se submetam ao tratamento<sup>169</sup>.

A expansão do DOTS iria requerer uma mudança completa não somente no atual sistema de saúde, mas também na mentalidade dos profissionais de saúde. De acordo com Vera Galesi, “a implementação do DOTS implica na existência de um sistema de saúde em pleno funcionamento.” Ou seja, se o sistema puder: prover diagnósticos por teste de escarro a todos os pacientes sintomáticos respiratórios; oferecer terapia breve diretamente observada; distribuir ininterruptamente os medicamentos; fazer um registro completo do progresso de cada caso e confirmar o compromisso político de controlar a TB, “teríamos um sistema em pleno funcionamento e aí então seria possível garantir o DOTS.”<sup>170</sup>

Existe um amplo consenso entre os especialistas brasileiros de TB de que a expansão eficaz do acesso aos serviços contra a doença, incluindo o DOT, não será sustentável a menos que sejam investidos mais recursos para fortalecer a capacidade da gestão de saúde, melhorando a situação dos trabalhadores do setor e oferecendo apoio aos pacientes com tuberculose para que se submetam ao tratamento.<sup>171</sup> Contudo, no momento, a maioria das instalações de TB ainda é modesta tanto em termos de pessoal quanto de recursos. Mesmo onde os pacientes têm a possibilidade de ir e voltar das unidades de saúde diariamente (ou três vezes por semana) para receber o DOT, a equipe pode garantir a supervisão direta somente aos pacientes mais “complicados”, inclusive aqueles co-infectados de TB-HIV, aos moradores de rua, alcoólatras e outros. Muitos pacientes optam por se responsabilizar pelo próprio tratamento devido ao seu horário de trabalho ou porque querem evitar serem identificados como pacientes com tuberculose.<sup>172</sup>

Ainda assim, as evidências sugerem que o número de pacientes beneficiados pelo DOT aumenta quando são oferecidos claros incentivos. Por exemplo, em uma unidade municipal de saúde no Rio de Janeiro que fornece serviços médicos suplementares, cestas básicas e subsídios para transporte aos pacientes de TB que optam pelo DOT, cerca de 88% dos pacientes aderiram ao tratamento.<sup>173</sup> O governo federal já começou a destinar fundos para as atividades de expansão do DOTS e os níveis de apoio deverão aumentar acentuadamente com a recente aprovação

<sup>169</sup> Ver A. Ruffino-Netto e T.C. Scatena-Villa, (Org.), Tuberculose – Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – Histórico e peculiaridades regionais (São Paulo: Instituto do Milênio Rede TB, 2006).

<sup>170</sup> Entrevista com a Dra. Vera Galesi, coordenadora da Divisão de Tuberculose do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo, São Paulo, 8 de julho 2005.

<sup>171</sup> A. Ruffino-Netto e T.C. Scatena-Villa, (Org.), Tuberculose – Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – Histórico e peculiaridades regionais (São Paulo: Instituto do Milênio Rede TB, 2006), pp. 42-44.

<sup>172</sup> Entrevistas com pacientes e funcionários de unidades de saúde no Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Brasília, 31 de março – 8 de julho de 2005 e com um ex-enfermeiro do Estado da Bahia que participou da implementação desse serviço naquele; entrevista na cidade de São Paulo, em dezembro de 2005.

<sup>173</sup> Entrevista com a enfermeira Denise Arduini, do Programa de Tuberculose do Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues, na Gávea, Rio de Janeiro, RJ, em 27 março de 2006.

na Quinta Rodada do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária (GFATM) da proposta para tuberculose do MCP brasileiro.<sup>174</sup> As entrevistas com gerentes estaduais de controle da TB sugerem que esses recursos levarão a um grande aumento em sua capacidade de implementar totalmente o DOTS.<sup>175</sup>

Mesmo com um maior volume de recursos, ainda é necessário muito trabalho para conquistar os corações e as mentes dos gerentes e funcionários do controle da TB em relação à implementação do DOTS. Muitos desses profissionais da área de saúde que observaram a resposta à epidemia de HIV e aids destacam o fato de que os regimes complexos de tratamento com ARV são amplamente auto-administrados, como uma justificativa para deixá-los a cargo dos pacientes. O PNCT precisa progredir em seus esforços para desenvolver e difundir argumentos claros e persuasivos sobre a importância do tratamento diretamente observado e assegurar a compatibilidade do tratamento, reduzindo assim as taxas de abandono e evitando o aparecimento de resistência aos medicamentos. Esse procedimento poderia produzir resultados importantes também para o PN-DST/Aids, porque a resistência ao ARV é uma questão cada vez mais importante e que ainda não recebe a devida atenção.

A comunidade científica brasileira representou uma importante fonte de apoio aos esforços de expansão do DOTS pelo MS com a publicação, em 2004, da segunda edição de suas Diretrizes para o Tratamento da Tuberculose.<sup>176</sup> Embora sustentem que “não há evidências científicas suficientes para indicar o tratamento supervisionado como regime universal para tratar a tuberculose”, as Diretrizes atribuem importância aos esforços de ampliação da oferta de DOTS e reconhecem os resultados positivos obtidos nos estados da Paraíba e de São Paulo, e na cidade do Rio de Janeiro, que apresentaram melhor gestão dos serviços de TB, maior adesão ao tratamento e menores taxas de abandono.<sup>177</sup>

Por fim, a atual gestão do PNCT demonstrou sua capacidade de realizar as políticas do MS publicadas em 1999 e de acelerar a implementação do DOTS, evitando o conflito e a oposição interna à adoção da estratégia, que ocorria nas administrações anteriores. O apoio à expansão do DOTS pela OPAS e a USAID também se mostrou muito valioso.

---

<sup>174</sup> A doação do GFATM financiará as atividades de expansão do DOTS em um total de 57 municípios em 10 regiões metropolitanas e em Manaus, no Amazonas, que juntos abrangem 30% da população brasileira e 43% da carga nacional de TB. Ver Proposta do MCP brasileiro ao Fundo Global, “Strengthening of the DOTS Strategy in Large Urban Centers with High Tuberculosis Burden in Brazil” Brasília, June 2005, p.11. [www.theglobalfund.org/programs/grantdetails.aspx?compid=964&lang=en&CountryId=BRA](http://www.theglobalfund.org/programs/grantdetails.aspx?compid=964&lang=en&CountryId=BRA) (acessado em 14 de junho de 2006).

<sup>175</sup> Reunião do MCP brasileiro com representantes de 57 municípios que receberão financiamento proveniente da verba do GFATM, Hotel Glória, Rio de Janeiro, 29 de março de 2006.

<sup>176</sup> *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Volume 30, Suplemento 1, junho de 2004, p. 35. Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, editada pela Dra. Margareth Pretti Dalcolmo, Presidente da Comissão Científica de Tuberculose da SBPT.

<sup>177</sup> Entrevistas com membros da Liga Científica, Hospital da Santa Casa da Misericórdia, Rio de Janeiro, 14 de março de 2005.

## Co-infecção TB/HIV

*Hoje, somente um indivíduo que tenha boas relações e acesso à assistência médica de alta qualidade (inclusive testes rápidos de diagnóstico para tuberculose) pode sobreviver a uma complexa co-infecção TB/HIV no Brasil.*

Ezio T. dos Santos Filho, pesquisador do Public Health Watch

O tratamento da co-infecção TB/HIV representa um grande desafio para o sistema de saúde brasileiro. Antes de 2004, havia pouca comunicação ou cooperação entre o PNCT e o PN-DST/Aids. No entanto, a política adotada em 2004 incorpora um forte componente TB/HIV que especifica atividades de colaboração e reafirma o interesse do PNCT em repetir os esforços bem-sucedidos de mobilização social do PN-DST/Aids.

Estima-se que 10% das pessoas que vivem com TB sejam HIV-positivas e que cerca de 20% dos portadores de HIV e aids sofram de tuberculose pulmonar.<sup>178</sup> As pessoas portadoras de ambas doenças têm um risco significativamente maior de morte. Por exemplo, enquanto a taxa de mortalidade dos pacientes com tuberculose e aids que se submetem a tratamento anti-retroviral é de 5% ou menor, as pessoas co-infectadas, que são diagnosticadas com TB em um estágio avançado da infecção (frequentemente em hospitais), tendem a morrer 30 dias após o diagnóstico, se não receberem tratamento. Nesses casos, “os profissionais de saúde têm que prender a respiração e controlar sua ansiedade para tratar bem do paciente”, segundo Valéria Rolla. Ela sustenta que as diretrizes para tuberculose e HIV e aids recomendam cuidar primeiro da TB, antes de iniciar o tratamento com ARV, para evitar os “efeitos colaterais confusos, a alergia e a alta toxicidade, que pode levar à hepatite e outras complicações . . . nós tratamos de muitos casos difíceis de co-infecção, mas percebemos que iniciar primeiro o tratamento da TB provoca um impacto positivo em ambas as infecções, reduzindo até mesmo a carga viral. Aproximadamente 15 dias após o início do tratamento de TB, verificamos as condições do paciente e iniciamos o tratamento com ARV cerca de 30 dias depois.” Rolla acrescenta que ocorreu um enorme progresso nos últimos 15 anos; se os pacientes co-infectados tendiam ao óbito em até um ano depois do diagnóstico, no início dos anos 1990, “agora eles podem sobreviver muito mais. É bastante difícil estimar quanto tempo um paciente pode viver, porém menos de 10% morrem, se forem tratados”.<sup>179</sup> Ainda assim, apesar da redução geral no número de casos de tuberculose nos últimos 20 anos, para as pessoas que vivem com HIV e aids, a TB é uma das três principais causas de morte por doença infecciosa em todo o Brasil e o principal fator de mortalidade no Estado do Rio de Janeiro.<sup>180</sup>

<sup>178</sup> Ministério da Saúde, Co-infecção TB/HIV, apresentação em PowerPoint por Fabio Moherdau. Brasília, PN-DST/Aids (MS), abril de 2005.

<sup>179</sup> Entrevista por telefone com a Dra. Valéria Rolla, Pesquisadora e Coordenadora de Doenças Pulmonares no IPEC-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, julho de 2005 e confirmada em 26 de junho de 2006.

<sup>180</sup> Entrevista por telefone com o Dr. Fabio Moherdau, do PN-DST/Aids Brasília, em 26 de junho de 2006. Moherdau esclarece que esses dados derivam do cruzamento de informações provenientes do Sistema de Informações em Mortalidade (SIM) e do Sistema Nacional de Agravos e Notificações (SINAN).

Os serviços integrados de TB/HIV já estão disponíveis em algumas áreas. Por exemplo, no Distrito Federal, os testes de HIV são oferecidos rotineiramente a qualquer paciente com sintomas respiratórios de TB, e todos os 1500 portadores de aids registrados têm o pulmão examinado pelo menos uma vez por ano.<sup>181</sup> A Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) começou a produzir kits de teste rápido de HIV e o MS planeja adotar esse exame para os pacientes de tuberculose nas suas unidades específicas em todo o país, até o final de 2006. No entanto, o acesso aos serviços integrados ainda é bastante limitado em muitas partes do país.

A política de 2004 já está produzindo resultados positivos, ao incentivar o planejamento conjunto e também a cooperação prática entre o PNCT e o PN-DST/Aids, nos níveis federal, estadual e municipal. Por exemplo, os dois programas uniram esforços para: reconstituir um Comitê Consultivo em TB/HIV; articular planos para realizar atividades comuns de mobilização (dos programas do MS e dentro do escopo do projeto aprovado pelo Fundo Global para o Brasil); identificar as ligações entre programas no nível estadual e tomar providências para unificar suas respectivas estratégias e diretrizes sobre co-infecção.

A segunda edição das Diretrizes para o tratamento da TB, publicada pela SBPT em 2004, inclui claras recomendações sobre o tratamento da tuberculose e a profilaxia para pacientes portadores de HIV. A profilaxia para a TB está geralmente disponível, embora a interrupção na oferta de medicamentos não seja incomum. Desde o início dos anos 1990, as Diretrizes para o tratamento da aids contêm indicações para a prevenção da tuberculose.<sup>182</sup> Naturalmente, a eficácia dessas diretrizes depende da aplicação pelos profissionais de saúde.

O PN-DST/Aids e o PNCT também tomaram providências independentes para promover políticas de cooperação em TB/HIV. Por exemplo, o PN-DST/Aids indicou Fabio Moherdau para atuar como ponto focal em Brasília com o objetivo de garantir uma comunicação freqüente com o PNCT. Segundo Moherdau, o PN-DST/Aids incorporou o objetivo de integrar os serviços de TB e HIV nas unidades de saúde, aumentar a detecção de casos de pessoas contactantes (sintomáticas respiratórias) e aprimorar a coordenação e o compartilhamento dos dados de vigilância entre o PNCT e o PN-DST/Aids.<sup>183</sup> A indicação de Moherdau levou a uma forte participação do PN-DST/Aids nas reuniões regionais do PNCT e nos encontros da Parceria Brasileira contra a TB, onde o programa de aids passa a ter um papel decisivo nos esforços de mobilização comunitária, particularmente para a participação dos representantes das comunidades afetadas nas discussões de políticas para combater a TB. Embora, até junho de 2003, o CRPHF tenha rejeitado decisivamente as propostas de ampliar a colaboração das comunidades com o PN-

<sup>181</sup> Entrevista com o Dr. Mario A.V. Pessolani e a enfermeira Ildinei, encarregados do programa de controle da TB na Unidade Mista de Brasília. Governo do Distrito Federal, 7 de abril de 2005.

<sup>182</sup> A inclusão da profilaxia de TB nas diretrizes para o tratamento da DST/Aids, no início dos anos 90, deve-se particularmente aos esforços da Dra. M. Dalcolmo, do CRPHF, quando membro do Grupo de Consenso para o tratamento da Aids nos anos 1990.

<sup>183</sup> Ministério da Saúde, *Co-infecção TB/HIV*, apresentação em PowerPoint por Fabio Moherdau, funcionário designado pelo PN-DST/Aids para os encontros regionais do PNCT com os administradores estaduais do controle da TB, Brasília, PN-DST/Aids (MS), abril de 2005.

DST/Aids para estimular a mobilização social, o Centro de Referência reviu a sua posição. Agora, o CRPHF acolhe e apóia publicamente as iniciativas de mobilização social<sup>184</sup>, tendo financiado, de fato, várias atividades do Fórum de ONG de luta contra a TB, no Estado do Rio de Janeiro.

### **TBMR Tuberculose resistente a múltiplas drogas**

As estatísticas oficiais demonstram que a TBMR não constitui atualmente um problema maior, com a incidência de 0,4%, ou 400 novos casos por ano (abaixo da estimativa de 0,9% da OMS). A vigilância epidemiológica de TBMR do CRPHF, iniciada em 2000, registrou um total de 2.350 casos entre março de 2000 e março de 2006. Quarenta e dois por cento desses casos foram detectados no Estado do Rio de Janeiro, confirmando a tendência histórica do comportamento epidemiológico de TB nessa região.<sup>185</sup> De acordo com alguns especialistas, as baixas taxas de TBMR atuais do Brasil podem ser atribuídas a diversos fatores, especialmente à terapia combinada, que foi adotada nos anos 1980.

O CRPHF e o PNCT estão justificadamente orgulhosos do completo e bem administrado banco de dados sobre TBMR no Brasil,<sup>186</sup> que facilita o acompanhamento freqüente e exato das notificações, progresso do tratamento e resultados de todos os casos de TBMR registrados. No entanto, as deficiências no sistema nacional de vigilância aumentam a possibilidade da perda do registro de alguns casos de TBMR, especialmente levando-se em consideração as altas taxas de abandono de tratamento. O Laboratório Nacional de Referência, situado no CRPHF, também é responsável pelo controle de qualidade de todas as culturas e testes de sensibilidade aos fármacos, realizados pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) no âmbito estadual.<sup>187</sup>

O Brasil oferece tratamento e supervisão padronizados de alta qualidade gratuitamente para todos os pacientes diagnosticados com TB resistentes a drogas, apesar do seu custo elevado, em média US\$2.000 por paciente para um tratamento de 18 meses de duração. O CRPHF envia os medicamentos necessários diretamente à unidade de saúde onde o paciente está sendo assistido e o tratamento é monitorado por uma unidade de referência nos níveis estadual e municipal.

De acordo com M. Dalcolmo do CRPHF, os altos índices de abandono no tratamento no Brasil são motivo de preocupação sobre um potencial aumento do número de casos de TBMR no futuro. A maioria dos pacientes de TBMR acompanhados pelo CRPHF adquiriu resistência (secundária), decorrente de tratamento anterior ineficaz ou incompleto. As taxas de resistência

<sup>184</sup> Observação do autor, reunião entre gerentes estaduais de tuberculose da Região Sudeste e o PNCT, Hotel Glória, Rio de Janeiro, 27-28 de março de 2006.

<sup>185</sup> Entrevista com Dra. Margareth Dalcolmo, CRPHF, Rio de Janeiro, 5 de julho de 2005, confirmada por e-mail em 29 de maio de 2006.

<sup>186</sup> Visita ao CRPHF, Rio de Janeiro, 5 de julho de 2005.

<sup>187</sup> Proposta do MCP ao GFATM, "Strengthening of the DOTS Strategy in Large Urban Centers with High Tuberculosis Burden in Brazil", junho de 2005, p. 40.

a drogas são mais altas em determinados grupos, inclusive pacientes hospitalizados e populações confinadas, como a população carcerária. O CRPHF está realizando uma extensa vigilância de TBMR em todo o país<sup>188</sup> e pretende relatar seus resultados em 2007. No entanto, as conclusões preliminares sugerem que a incidência de resistência a múltiplas drogas pode ser até menor que a atual taxa oficial.<sup>189</sup>

### **Registro e notificação de casos**

Conforme mencionado acima, o CRPHF monitora atentamente o diagnóstico, o tratamento e o resultado de todos os casos de TBMR em todo país, o que resulta em um tratamento bem-sucedido de uma grande maioria de pacientes e em uma taxa de abandono de apenas 3% dos pacientes externos tratados no ambulatório do CRPHF.<sup>190</sup> Esse registro pode ser comparado favoravelmente ao bom resultado do tratamento e aos indicadores de abandono dos casos “comuns” de TB no restante do país, especialmente quando se leva em conta a complexidade dos casos de TBMR.

Contudo, o sistema de vigilância de doenças infecciosas em geral é deficiente e o sistema de acompanhamento da TB piorou nas últimas décadas em função da descentralização. Alguns estados, como São Paulo, estabeleceram sistemas de vigilância de TB relativamente mais eficientes porque possuem uma forte infra-estrutura institucional. Desse modo, o fato de o Rio de Janeiro relatar mais casos de TB talvez não signifique que essa área é a mais afetada do país, mas que o sistema está captando um maior percentual de casos existentes. A TB pode ser um problema igualmente grave em outras partes do país, como a Região Amazônica, onde a falta de acompanhamento aumenta a probabilidade de existência de um número significativo de casos de TB – e possivelmente também de TBMR – que não estão sendo diagnosticados, tratados ou notificados.

### **Atendimento para as populações vulneráveis**

Há poucas informações disponíveis sobre o impacto causado pela TB em grupos vulneráveis específicos, embora as evidências sugiram a existência de taxas mais altas entre minorias étnicas e em determinadas regiões do Brasil. A prevalência da TB em algumas prisões é extremamente alta.

O PNCT reconheceu que a TB é uma questão séria em áreas indígenas, nas quais as condições de vida com grande aglomeração são comuns, e criou programas especiais para al-

<sup>188</sup> II Inquérito Nacional de resistência aos fármacos anti-TB, realizado com o apoio da MSH e financiado pela USAID.

<sup>189</sup> Entrevista com Dra. Margareth Dalcolmo, CRPHF, 5 de julho de 2005.

<sup>190</sup> Entrevista com Dra. Margareth Dalcolmo, CRPHF, 5 de julho de 2005.

cançar essas populações.<sup>191</sup> Alguns ativistas afro-brasileiros garantem que existe uma maior incidência de TB entre a população negra, porque muitos membros dessa comunidade são pobres e sofrem discriminação ocasional quando se dirigem aos serviços de saúde, fatores que se agravam ainda mais em relação às mulheres negras.<sup>192</sup> No entanto, existem poucos dados sobre essas questões e é necessário fazer mais pesquisas para identificar as disparidades regionais e demográficas, que servirão de base para o desenvolvimento de políticas que atendam melhor às populações vulneráveis. De fato, o sucesso da proposta feita pelo Brasil à Quinta Rodada do Fundo Global especifica as providências a serem tomadas para a condução de novas pesquisas operacionais, que poderão avaliar o impacto da TB sobre as mulheres em particular, bem como sobre outras minorias e comunidades vulneráveis.

Existem fortes evidências de que a prevalência da TB na população prisional seja muitas vezes maior que entre a população geral. Um estudo recente entre os prisioneiros de uma penitenciária na zona oeste da cidade de São Paulo, por exemplo, revelou uma taxa de incidência 70 vezes maior do que entre toda a população do País e 79 vezes maior que no restante do município. Desses casos, 9,5% eram resistentes à isoniazida e à rifampicina, e 4,8% a essas drogas e também à pirazinamida.<sup>193</sup> O Ministério da Justiça é responsável pelo fornecimento e distribuição de medicamentos contra a TB nas prisões.

## Gestão do programa

A gestão da responsabilidade sobre o controle da TB é dividida entre o PNCT e o CRPHF, o que acarretou graves conflitos de autoridade e competência, com resultados negativos para o desenvolvimento e a implementação coerente da política nacional de combate à TB.

A sede do PNCT está instalada em Brasília e supervisiona o desenvolvimento das iniciativas de formulação de políticas nacionais, vigilância e comunicação. Ao CRPHF, com sede no Rio de Janeiro, compete administrar as pesquisas clínicas, desenvolver e disseminar as diretrizes de tratamento, acompanhar os casos de TBMR e fiscalizar a compra e a distribuição de medicamentos, sob a supervisão do Ministério da Saúde (ver o gráfico). A divisão de tarefas e responsabilidades entre essas duas instituições tinha como objetivo facilitar os esforços de controle da TB, mas levou na prática à falta de clareza sobre as respectivas áreas de competência e gerou conflito em relação a diversas questões das políticas, principalmente a implementação do DOTS.

<sup>191</sup> Apresentação de funcionário da SVS sobre tuberculose em populações indígenas, Porto Alegre, 30 de março de 2005; apresentação em PowerPoint.

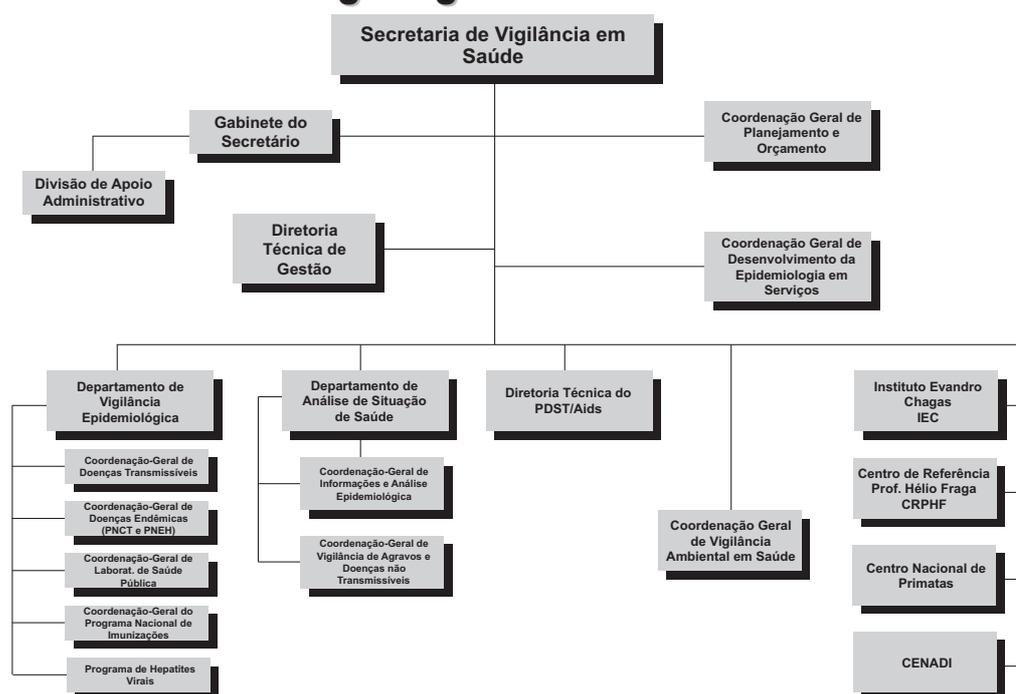
<sup>192</sup> Lucia Maria Xavier de Castro, Coordenadora do Grupo Crioula, Associação Brasileira de Mulheres Negras, reunião do MCP brasileiro, Brasília, abril de 2005.

<sup>193</sup> R.M. Abrahão, P.A. Nogueira e M.I. Malucelli, "Tuberculosis in County Jail Prisoners in the Western Sector of the City of Sao Paulo, Brazil," *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 10, No 2, fevereiro de 2006, pp. 203-208.

A confusão no nível central dificultou seriamente as iniciativas de controle da TB. De acordo com Betina Durovni, em uma recente mesa-redonda no Rio de Janeiro, o principal problema na articulação das políticas de controle da TB no Brasil é a “existência de dois programas nacionais de tuberculose: um em Brasília e outro no Rio”.<sup>194</sup> Essa interpretação é confirmada pela própria experiência do autor e pelos comentários de muitos especialistas em controle, gerentes e pesquisadores de TB em todo o país. Sem uma diretriz clara e consistente para a implementação das políticas, os gerentes estaduais e municipais ficam desorientados e isso prejudica a eficácia dos programas e serviços para os portadores de TB.

De acordo com alguns profissionais, gerentes e funcionários do atendimento de saúde na área de TB, o CRPHF ficou de alguma forma isolado de outras instituições de pesquisa,<sup>195</sup> devido à pouca visibilidade das atividades da instituição e à limitada circulação de sua principal publicação, o *Boletim de Pneumologia Sanitária*.<sup>196</sup> O CRPHF estaria em uma melhor posição para ocupar o seu papel de liderança na pesquisa e produção de conhecimento sobre o controle da TB se apresentasse seus trabalhos sempre em publicações científicas de alta relevância e conferências significativas.

## Organograma da SVS



Fonte: SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde, MS, por e-mail em 13 de junho de 2006.

<sup>194</sup> Comentário da Dra. Betina Durovni, Coordenadora da Divisão de Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, durante a mesa-redonda do Public Health Watch, Rio de Janeiro, 28 de março de 2006.

<sup>195</sup> Entrevistas com profissionais, gerentes e trabalhadores do cuidado em saúde na área de TB, Rio de Janeiro, São Paulo e Brasília, 2005 e 2006.

<sup>196</sup> CRPHF, *Boletim de Pneumologia Sanitária*, V.13 n.1 2005

Nota do autor: como se pode observar no gráfico da página anterior, o PNCT, juntamente com o Programa Nacional para a Erradicação da Hanseníase (PNEH), está na Coordenação Geral de Doenças Endêmicas, submetido ao Departamento de Vigilância Epidemiológica, o qual responde ao Secretário de Vigilância em Saúde. O CRPHF também responde diretamente ao Secretário de Vigilância em Saúde, quando deveria estar diretamente submetido ao PNCT, ou pelo menos dentro do Departamento de Vigilância Epidemiológica.

## **Administração**

O PNCT é implementado pelas 27 unidades federativas do Brasil (26 estados e o Distrito Federal) e 5.507 municípios.<sup>197</sup> Cada unidade da federação possui o seu programa de controle da TB, da mesma forma que os maiores municípios. Muitos deles não são suficientemente grandes para manter o seu próprio programa indicam um gerente municipal de carreira para supervisionar as questões de saúde, inclusive a TB e a DST/Aids.

De acordo com a política brasileira mais ampla de descentralização, o papel do governo federal é incentivar e apoiar a política nacional de controle da TB, que está agora alinhada com a estratégia DOTS recomendada internacionalmente pela OMS. Os estados se responsabilizam pelo planejamento, programação, avaliação, monitoramento e implementação das políticas; e os municípios se encarregam, de fato, da prestação de serviços. Os sistemas administrativos variam de estado para estado. Por exemplo, no Estado de São Paulo, as autoridades de saúde recebem um forte e constante apoio do governo estadual. No Estado do Rio Grande do Sul, a administração de saúde vem mantendo um firme controle centralizado sobre o programa de TB e delegando pouca autoridade às autoridades municipais do setor.

Os coordenadores do PNCT são em geral bem respeitados, mas têm carecido de recursos suficientes para implementar com eficiência a política de combate à tuberculose, como demonstram os baixos salários e as estruturas de incentivos para os profissionais de saúde pública que trabalham com os programas estaduais e municipais contra a doença. Essa questão é muito mais estrutural do que simplesmente de recursos e como tal requer a atenção do governo federal.

## **Dotação de pessoal<sup>198</sup>**

Os profissionais de saúde brasileiros enfrentam condições de trabalho extremamente difíceis, que impedem uma boa implementação da política de controle de TB e transformam em “heróis” os/as médicos/as, os/as enfermeiros/as e outros profissionais que persistem em seus esforços

<sup>197</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo Nacional Brasileiro, 2000. Ver [www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/) (acessado em 26 de junho de 2006).

<sup>198</sup> As informações nesta seção refletem os amplos contatos do autor com profissionais de saúde durante seus anos de tratamento de aids e tuberculose.

mesmo sob tais condições. Significativas barreiras políticas e administrativas vêm impedindo até agora as mudanças na política de saúde necessárias para melhorar a situação.

Os candidatos aos postos públicos na área de saúde se submetem a um exame geral escrito e são subseqüentemente escalados para trabalhar em um programa específico. Na maioria dos setores do sistema de saúde, os funcionários públicos são mal remunerados, recebem pouco ou nenhum incentivo para aprimorar seu desempenho profissional, enfrentam más condições de segurança e seu trabalho não é reconhecido, nem prestigiado. Por exemplo, um profissional de enfermagem ou um médico altamente qualificado, que trabalha no sistema de saúde público no Estado do Rio de Janeiro, recebe aproximadamente R\$1.200 (ou cerca de US\$585) por mês, que não se compara a postos equivalentes no setor privado. A situação salarial é semelhante na maioria dos outros estados. Conseqüentemente, muitos profissionais de saúde pública – mesmo os funcionários de alto nível – têm dois, três ou até mais empregos para pagar suas despesas. Essa situação é tão generalizada que é considerada normal e portanto difícil de ser modificada; um aumento na remuneração dos profissionais de saúde que trabalham com TB exigiria uma ampla reforma na estrutura salarial adotada pelo serviço público brasileiro. Contudo, tais medidas teriam conseqüências enormemente benéficas tanto para a qualidade do atendimento de saúde quanto dos serviços de TB.

Essa questão foi levantada para se comparar a situação das equipes do setor que trabalham no PN-DST/Aids e no PNCT. Os trabalhadores de saúde empregados em todos os níveis do PN-DST/Aids recebem geralmente salários mais altos e são mais prestigiados do que seus pares em outros programas de saúde. Isso é admirável levando-se em conta que, no início dos anos 1990, era comum que os funcionários da saúde pública considerassem indesejável e perigoso lidar com a aids. É importante assinalar que muitos profissionais empregados pelo PN-DST/Aids não são servidores públicos, mas consultores contratados diretamente por agências multilaterais, com financiamento do Banco Mundial, para apoiar a implementação desse programa. Isso resultou em alguma insatisfação e ressentimento entre os funcionários públicos de outras áreas do setor de saúde. Também não está claro como as atividades do Programa de Aids serão mantidas, caso o financiamento desses cargos consultivos seja extinto ou interrompido.

Os gerentes do controle da tuberculose estaduais e municipais reconhecem a importância dessa questão. Alguns estados, como o Rio de Janeiro, discutiram em várias reuniões a maneira de enfrentar essa situação em 2003 e 2004. A política de TB de 2004 incluiu planos de fornecimento de incentivos do orçamento federal para tornar eficiente o desempenho dos programas de TB estaduais e municipais, que poderiam ser utilizados para remunerar melhor o bom desempenho dos trabalhadores mais qualificados do setor de saúde. Contudo, o financiamento disponível é bastante limitado, existindo apenas em alguns poucos estados ou municípios. Para que ocorram mudanças significativas a longo prazo, é necessário estabelecer políticas federais, estaduais e municipais que reconheçam e recompensem o trabalho dos funcionários da saúde pública, abrangendo também os trabalhadores do setor de TB.

## Orçamento e despesas

Em geral, as informações referentes a orçamentos de saúde e, em particular, às despesas com a TB são de difícil acesso para o público. Os orçamentos federal, estaduais e municipais de saúde não detalham os gastos para cada doença, embora determinados itens, como a compra de kits de diagnósticos e medicamentos contra a TB, possam ser facilmente identificados, enquanto outros fluxos de financiamento significativos, como salários de trabalhadores do setor e a manutenção de laboratórios e unidades de saúde, não são contabilizados em um orçamento específico de tuberculose. Como resultado, não é possível obter um quadro claro e abrangente dos gastos totais com essa doença nos três níveis de governo.

O financiamento oferecido pelas agências internacionais desempenha um papel fundamental na política de controle da TB no Brasil, mas não é fácil obter informações financeiras e orçamentárias sobre os seus programas, especialmente aqueles destinados às ONG. Isso dificulta o monitoramento eficiente da utilização desses recursos pelos programas de TB estaduais e municipais. De fato, os subsídios dos financiadores internacionais ficam retidos ou são utilizados de modo inadequado devido a complicados trâmites burocráticos e a processos orçamentários pouco transparentes.

Em geral, as ONG não são treinadas e nem dispõem de conhecimento suficiente para se responsabilizar pelo rastreamento e monitoramento de orçamentos. Mais uma vez, convém contrastar a situação da TB com a do HIV e aids. Na década de 1990, as ONG e os ativistas que trabalhavam com a aids se tornaram extremamente envolvidos com os processos orçamentários e, em consequência, tiveram êxito ao obter financiamentos consideráveis para programas e serviços relacionados à aids. Para atrair maior atenção e obter mais recursos para a TB, as ONG deveriam dedicar tempo e interesse para aprender mais sobre o funcionamento dos processos orçamentários, com o objetivo de obter um relacionamento mais adequado com os formuladores de políticas a respeito dessas questões.

## Monitoramento e avaliação

O PNCT prepara relatórios frequentes para o Ministério da Saúde sobre o andamento da implementação do programa de TB. Contudo, estes relatórios não são habitualmente publicados ou amplamente divulgados. Ocorrem, às vezes, discrepâncias entre os dados que são fornecidos aos organismos internacionais e os indicadores contidos nos relatórios para uso interno, o que sugere que os formuladores de políticas prestam contas mais sérias aos parceiros internacionais do que ao governo e aos contribuintes brasileiros.

Por exemplo, o processo utilizado para coletar as informações apresentadas na seção brasileira do relatório anual da OMS (*Controle Global da Tuberculose*) não é transparente nem aberto à contribuição de uma ampla gama de especialistas brasileiros em TB e de grupos da

sociedade civil. Como foi mencionado acima, muitos profissionais que trabalham com a tuberculose questionaram a exatidão das estatísticas sobre a cobertura do DOTS apresentada no relatório e a metodologia de coleta subjacente de dados, pela qual uma área urbana é considerada como “coberta” pelo DOTS mesmo quando apenas algumas unidades de saúde em um município estão aplicando a estratégia.<sup>199</sup> Ao exagerar no relato dos avanços obtidos, a OMS corre o risco de contemplar políticas ineficientes em vez de reforçar a motivação e o compromisso dos formuladores de políticas com o melhor desempenho. Em uma recente reunião em Genebra, um funcionário da OMS reconheceu essas potenciais deficiências na metodologia de cálculo da cobertura do DOTS, mas não há nenhum sinal de mudança nesses procedimentos.<sup>200</sup> Não existem atualmente mecanismos que possibilitem a colaboração nesta ou em outras questões por parte das organizações da sociedade civil, em nível nacional, quanto aos dados enviados pelo governo brasileiro para o relatório *Controle Global da Tuberculose*.

## Infra-estrutura, medicamentos e pesquisa

### Atenção primária de saúde

Os serviços de saúde são oferecidos através dos centros primários de atendimento em todo o país, que em sua maioria são operados e administrados pelo poder municipal, em geral por um profissional de enfermagem.<sup>201</sup> A maioria desses centros não aplicam o DOT e existe pouca demanda por esse tratamento pelos pacientes, que não sabem quais são as suas implicações. Para melhorar a qualidade dos serviços de TB e acelerar a expansão do DOTS, é essencial convencer as autoridades municipais a ampliar a sua abordagem atual de modo a trabalhar com um espectro maior de prestadores de serviços de saúde pública, inclusive os serviços sociais, os Programas de Saúde da Família e o Programa de DST/Aids.

### Laboratórios

Embora o Brasil possua uma sofisticada rede de laboratórios de saúde pública, é baixo o número de testes de TB realizados e o sistema de garantia de qualidade é deficiente e mal implementado.

A rede brasileira de laboratórios, SISLAB, faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e como tal está integrada a uma estrutura mais abrangente e descentralizada de serviços de

<sup>199</sup> Comentário de diversos cientistas, gerentes e profissionais de saúde brasileiros que participaram das mesas-redondas do Public Health Watch no Rio de Janeiro, em Brasília e São Paulo, em março de 2006.

<sup>200</sup> Reunião entre o Comitê Comunitário Consultivo (CAC) do Projeto de Ativismo e Monitoramento da TB-HIV do Open Society Institute/Treatment Action Group (TAG) e os funcionários da OMS, Genebra, março de 2006.

<sup>201</sup> Observação feita durante visitas às unidades de atenção primária de saúde em Porto Alegre, Brasília e São Paulo, em 2005.

saúde.<sup>202</sup> A complexa rede do SISLAB é composta de muitas sub-redes com diferentes missões. Para a TB, existem três principais sub-redes: os laboratórios locais (LL), os estaduais (LACEN) e o Laboratório Nacional de Referência (LNR). Teoricamente, os laboratórios municipais de referência deveriam funcionar em um nível intermediário entre os laboratórios locais e os LACEN, mas estes não existem em todos os municípios.

O Ministério da Saúde adotou a meta da estratégia DOTS de detectar 70% de todos os casos de doenças pulmonares, por meio de baciloscopia. Os laboratórios locais, que são operados por profissionais privados ou pelas municipalidades, realizam testes de escarro, mas atendem 1,6 paciente de TB em 100.000 habitantes,<sup>203</sup> o que representa um índice relativamente baixo. De acordo com os dados do MS, 1.042.732 testes de escarro foram efetuados em 2005,<sup>204</sup> comparado à estimativa do número necessário de cerca de 3.700.000 ao ano.<sup>205</sup>

Dada a importância de se ter exatidão nos testes de escarro, é essencial a eficácia do controle de qualidade. No entanto, os funcionários do MS entrevistados para este relatório calculam que os laboratórios estaduais (LACEN) podem implementar apenas 36% das medidas necessárias para garantir a qualidade nos laboratórios locais.<sup>206</sup> De acordo com esses funcionários, os LACEN não têm capacidade ou recursos para cumprir de modo eficiente com suas responsabilidades de gestão de qualidade, e os laboratórios locais não enviam regularmente as amostras para revisão e análise dos seus respectivos LACEN<sup>207</sup>. Segundo a Coordenadora da Divisão de Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Betina Durovni: “Os laboratórios de referência estão a anos luz da eficiência e não existe nenhuma política de controle de qualidade.”<sup>208</sup>

Um problema semelhante ocorre com o teste de cultura e de sensibilidade aos medicamentos para TB. O teste de cultura é necessário para se certificar do resultado negativo de uma baciloscopia; além de ser relevante para confirmar os casos de TB pulmonar, o teste de cultura também é extremamente importante para o diagnóstico da tuberculose extra-pulmonar, embora ainda possa ser confirmada através da histopatologia. Os testes de sensibilidade aos fármacos

<sup>202</sup> Para obter mais detalhes sobre a rede de laboratórios brasileiros, ver “Strengthening of the DOTS Strategy in Large Urban Centers with High Tuberculosis Burden in Brazil” June 2005, pp. 39-42, disponível em [www.theglobalfund.org/programs/grantdetails.aspx?compid=964&lang=en&CountryId=BRA](http://www.theglobalfund.org/programs/grantdetails.aspx?compid=964&lang=en&CountryId=BRA) (acessado em 14 de junho de 2006).

<sup>203</sup> Proposta do MCP ao GFATM, junho de 2006, p. 42.

<sup>204</sup> Dados do DATASUS do MS sobre os serviços oferecidos a pacientes ambulatoriais (Produção Ambulatorial), ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), acessado em 27 de junho de 2006). Informações fornecidas por um técnico em Brasília, em maio de 2006.

<sup>205</sup> Este índice se baseia na estimativa do número de pacientes sintomáticos respiratórios (1% da população de aproximadamente 186 milhões de habitantes) e de dois testes de escarro por ano para cada paciente. O indicador não pode ser comparado favoravelmente com o cálculo de 1.400.000 testes de escarro anuais realizados no Peru, em uma população de 23 milhões de pessoas. A. Ruffino-Netto, Impacto da reforma do setor de saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. Boletim de Pneumologia Sanitária, v. 7, n. 1, jan/jun 1999.

<sup>206</sup> Entrevistas com funcionários do MS, Rio de Janeiro e Brasília, em maio de 2006.

<sup>207</sup> Entrevista por telefone com Maraci Marques Pereira, Coordenadora de Controle de Qualidade do LACEN Rio de Janeiro, em 29 de junho de 2006.

<sup>208</sup> Comentário de Betina Durovni, Coordenadora da Divisão de Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, mesa-redonda do Public Health Watch, Rio de Janeiro, 28 de março de 2006.

permitted acompanhar os casos em que não há resposta ao tratamento administrado de acordo com as diretrizes nacionais. Os funcionários do MS afirmam que somente a partir de 2005 as 27 unidades federativas começaram a realizar testes de cultura e de sensibilidade. Apenas 62% dos laboratórios na rede dos LACEN estão equipados para conduzir os testes de cultura; destes, existem apenas um ou dois laboratórios em cada capital. Essas informações demonstram o quadro das limitações dos testes de cultura e sensibilidade no nível estadual.

O Estado do Rio de Janeiro dá um exemplo de como o problema se manifesta no nível estadual. De acordo com a Dra. Rossana C. Brito, os testes de cultura são recomendados para os casos de TB-HIV (aproximadamente 10% de todos os casos), os extra-pulmonares (entre 10% e 15%) e os de TBMR, bem como para os casos sintomáticos que não são confirmados pelo teste de escarro. No Estado do Rio de Janeiro, que registrou 17.000 novos casos de TB em 2004 (com uma estimativa de 20% de sub-notificação)<sup>209</sup>, isso indica que são necessários pelo menos 5.000 testes de “cultura de entrada” e no mínimo de tantas outras “culturas de acompanhamento” por ano.<sup>210</sup> De fato, segundo o PCT-RJ, o LACEN estadual efetua menos de 4.000 culturas por ano; o LACEN do Rio não consegue atender à demanda de testes de sensibilidade, o que leva a demoras nas respostas aos pedidos de testes laboratoriais.<sup>211</sup> Como elemento de comparação, uma grande unidade de saúde, o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), realiza anualmente cerca de 5.300 culturas para seus pacientes internos e também atende a uma média de 150 pessoas portadoras de TB ao ano, que são registrados através do serviço público em distritos das redondezas da cidade e nas iniciativas de pesquisa universitária. Considerando que os pacientes hospitalizados precisam de um maior número de testes de cultura para confirmação e acompanhamento, e que cerca de 20% dos casos de TB são diagnosticados nos hospitais públicos, que em sua maioria não oferecem os necessários testes laboratoriais<sup>212</sup>, esses indicadores mostram a gravidade das questões relacionadas à capacidade laboratorial no nível estadual.

Os LACEN deveriam ser submetidos a um rigoroso controle de qualidade pelo Laboratório Nacional de Referência (LNR), que funciona nas instalações do CRPHF, no Rio de Janeiro. Além de sua responsabilidade pelo controle de qualidade, compete ao LNR: prestar assistência ao desenvolvimento da estratégia de diagnósticos laboratoriais do PNCT; colaborar com o Departamento de Vigilância Epidemiológica na articulação de diretrizes laboratoriais; revisar todas as amostras não-conclusivas, provenientes das instituições estaduais; fornecer apoio à capacitação e treinamento para os laboratórios; conduzir pesquisas e estudos sobre diagnósticos em parceria com os laboratórios estaduais; e fiscalizar a produção e a oferta de reatores, kits para testes de cultura e produtos biológi-

<sup>209</sup> Ver <http://www.saude.rj.gov.br/Acoes/tuberculose.shtml>

<sup>210</sup> “Cultura de entrada” e “cultura de acompanhamento”, terminologia empregada na entrevista por telefone com a Dra. Rossana Coimbra Brito, PCT-RJ, 27 de junho de 2006.

<sup>211</sup> Comentário da Dra. Betina Durovni, Coordenadora da Divisão de Doenças Transmissíveis, da SMS-RJ, durante a mesa-redonda do Public Health Watch, no Rio de Janeiro, em 28 de março de 2006.

<sup>212</sup> Kritski, A.L.; Conde, M.B.; Muzy de Souza, G.R. *Tuberculose. Do Ambulatório à Enfermaria*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. 3.ed. p. 259

cos necessários ao diagnóstico da tuberculose. O LNR também realiza testes para detectar os casos de TBMR, que a instituição acompanha em sua clínica ambulatorial, e para o Hospital Municipal Raphael de Paula Souza, o que representa um total de 300 pacientes ao ano.<sup>213</sup>

De acordo com o relatório de 2005 do CRPHF, o LNR atingiu em 2004 a sua meta “de produzir e distribuir 1000 kits de cultura e 200 testes de sensibilidade a medicamentos”.<sup>214</sup> No entanto, esses indicadores estão longe de refletir as reais necessidades. O relatório prossegue afirmando que foram realizados “3.080 exames de alta complexidade, incluindo os diagnósticos para multirresistência e para micobactérias”,<sup>215</sup> porém mais uma vez não identifica ou estima quantos desses exames foram solicitados ou necessários. O documento afirma que “foram fornecidos para os estados 370 testes [de sensibilidade] contendo seis tubos cada, acompanhados de kits de cultura ... e 1.100 kits de cultura para testes de rotina ao Instituto de Infectologia São Sebastião ... no Rio de Janeiro”, mas não especifica a quantidade de testes de controle que são realmente efetuados pelo LNR para o restante do país. Os participantes da mesa-redonda do Public Health Watch, no Rio de Janeiro, afirmaram que o LNR leva “até quatro meses para enviar os resultados aos outros laboratórios”,<sup>216</sup> além de não poder prestar serviços eficientes de controle de qualidade ao LACEN, mesmo no Rio de Janeiro.

O governo federal tomou algumas providências para responder à escassez de recursos e pessoal qualificado na rede brasileira de laboratórios.<sup>217</sup> Por exemplo, em 2004, o PNCT treinou 400 profissionais do LACEN, inclusive representantes de unidades dos 27 estados e 315 municípios prioritários para TB. Além disso, o MS comprou microscópios e outros equipamentos essenciais de laboratório em 2005.<sup>218</sup>

## Sistemas de distribuição de medicamentos

O governo federal é responsável pela distribuição de drogas contra a TB às administrações estaduais, que por sua vez repassam aos municípios.<sup>219</sup> Esses medicamentos são disponibilizados gratuitamente no sistema público de saúde e não podem ser obtidos nas farmácias particulares. Sob a supervisão do MS, o CRPHF fiscaliza a compra e distribuição de todas as drogas contra a TB (inclusive para TBMR) para os estados e municípios. Os estados precisam adquirir medicamentos de forma direta apenas em caso de emergência, se houver um desabastecimento inesperado; como a oferta de drogas pelo governo não é 100% regular,<sup>220</sup> isso é às vezes necessário.

<sup>213</sup> Informação recebida durante visita ao CRPHF, em 5 de julho de 2005.

<sup>214</sup> CRPHF, *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v.13 n.1, Rio de Janeiro, 2005, p.42.

<sup>215</sup> CRPHF, *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v.13 n.1, Rio de Janeiro, 2005, pp.44-45.

<sup>216</sup> Mesa-redonda do Public Health Watch, Rio de Janeiro, 28 de março de 2006.

<sup>217</sup> Proposta do MCP do Brasil ao GFATM na Quinta Rodada: “Strengthening of the DOTS Strategy in Large Urban Centers with High Tuberculosis Burden in Brazil” June 2005, disponível em [www.theglobalfund.org/programs/grantdetails.aspx?compid=964&lang=en&CountryId=BRA](http://www.theglobalfund.org/programs/grantdetails.aspx?compid=964&lang=en&CountryId=BRA) (acessado em 14 de junho de 2006).

<sup>218</sup> Informação obtida de técnicos de laboratório em uma reunião do MCP, no Ministério da Saúde, em maio de 2006.

<sup>219</sup> Ministério da Saúde, *Guia de Vigilância Epidemiológica*, Estrutura Organizacional do Programa Nacional de TB; Atribuições das Instâncias. Brasília: FUNASA, 2002, p. 58.

<sup>220</sup> Comentário de Margareth Dalcolmo, diretora do CRPHF, mesa-redonda do Public Health Watch, no Rio de Janeiro, em 28 de março de 2006.

Em relação ao HIV e aids, a responsabilidade pela aquisição de profilaxia e tratamento (inclusive a terapêutica das infecções oportunistas relacionadas à aids) é dividida entre os governos federal, estadual e municipal.<sup>221</sup> Ao governo federal cabe adquirir os ARV, enquanto os governos estaduais devem se encarregar da prevenção e tratamento das infecções oportunistas, de acordo com os termos do “Acordo Tripartite”.<sup>222</sup> Nesse sentido, a profilaxia da TB para os pacientes de HIV e aids (isoniazida) geralmente está acessível nas mesmas farmácias das unidades de saúde pública, através do PNCT ou do PN-DST/Aids.

A qualidade e a regularidade da oferta dos fármacos anti-TB tem sido um problema, o que pode representar um fator a mais para as baixas taxas nacionais de cura. A ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), o órgão fiscalizador com competência para supervisionar as freqüentes inspeções que controlam a qualidade dos medicamentos fornecidos não possui recursos suficientes para cumprir com suas responsabilidades de modo consistente em todo o país. Em resposta a essa situação e com o apoio da USAID e da Management Sciences for Health (MSH), o CRPHF começou a realizar testes de qualidade dos medicamentos contra TB produzidos e distribuídos pelos laboratórios públicos no Brasil. A pesquisa levou à identificação e eliminação de alguns medicamentos ineficazes.<sup>223</sup> No entanto, a capacidade doméstica em manter um suprimento contínuo – e o monitoramento da qualidade dos medicamentos – é um assunto que ainda não foi devidamente tratado.

## Educação e pesquisa

A TB não recebe a devida atenção nos atuais currículos das escolas de medicina e há falta de pesquisas clínicas e operacionais sobre a tuberculose. O aumento de investimento em estudos acadêmicos, e pesquisas operacionais e de saúde poderia impulsionar uma resposta multissetorial para a TB mais abrangente.

De acordo com alguns observadores, a falta de investimento em pesquisa de TB levou a um menor engajamento acadêmico e público no combate à doença. Por sua vez, isso limita a possibilidade de desenvolvimento de abordagens clínicas inovadoras para controlar a TB e acarreta a falta de análises e avaliações adequadas das políticas e ações do PNCT, o que aumenta o risco de duplicação de propostas ineficientes ao longo do tempo, sem a suficiente preocupação com os resultados, levando à má administração e ao gasto inadequado dos valiosos e limitados recursos públicos.<sup>224</sup>

<sup>221</sup> Ministério da Saúde, ANEXO 04 da Norma Técnica – Incentivo HIV/Aids e outras DST – Nº 01/2002 Portaria Nº 2314, de 20 de Dezembro de 2002.

<sup>222</sup> Esse acordo foi resultante da reunião da Comissão Inter-Gestores do MSH, composta pelo Grupo Técnico do MS, por membros do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Brasília, julho 1998. Entrevista por telefone com Ingrid Carvalho, advogada, chefe do Departamento Jurídico do Grupo Pela VIDDARJ, 26 de junho de 2006.

<sup>223</sup> Entrevista com Dr. Joël Keravec, diretor de projeto, MSH, no CRPHF, Rio de Janeiro, 5 de julho de 2005.

<sup>224</sup> Comentário do Dr. Afrânio Kritski, Universidade Federal do Rio de Janeiro e membro da Rede TB, mesa-redonda do Public Health Watch, no Rio de Janeiro, em 28 de março de 2006. Informação confirmada por e-mail em 28 de junho de 2006.

Não existem muitas pesquisas sobre as questões de biossegurança relacionadas ao tratamento das doenças infecciosas em ambientes hospitalares e poucas tentativas estão sendo feitas para monitorar a implementação das diretrizes e normas existentes que visam proteger os profissionais de saúde.<sup>225</sup> Faltam também pesquisas sobre temas socioeconômicos, culturais e de percepção da validade e eficácia dos serviços pelos usuários dos serviços de TB, bem como de sua satisfação, e finalmente do nível da conscientização e do conhecimento sobre o modo de tratar a TB, para provocar estímulo à adesão ao tratamento.<sup>226</sup>

Além disso, o planejamento da política de TB costuma ser realizado sem a participação de outros setores do governo, embora a epidemia seja largamente considerada como resultado de uma complexa gama de fatores socioeconômicos. O MS deveria estabelecer parcerias com outros ministérios para co-patrocinar as pesquisas de tuberculose. A participação de outras agências governamentais, como as do Ministério da Ciência e Tecnologia, ao qual algumas importantes instituições de financiamento à pesquisa estão ligadas,<sup>227</sup> traria o duplo benefício de promover a abordagem multissetorial para o controle da TB e de aumentar os níveis gerais de investimento em pesquisas clínicas e operacionais sobre a doença.<sup>228</sup>

No contexto do insuficiente investimento público para combater a TB, o papel de várias iniciativas autônomas foi extremamente importante. Por exemplo, a Liga Científica contra a TB<sup>229</sup> patrocina diversas atividades para estimular o envolvimento de médicos e estudantes de medicina nas pesquisas, cuidados e tratamento em TB, incluindo as atividades de conscientização. A Liga faz levantamento de fundos para pesquisa clínica e busca apoio para difundir a pesquisa acadêmica; incentiva a participação em conferências nacionais e internacionais, como a IUATLD, e a publicação de artigos em revistas e publicações científicas. A Liga é constituída principalmente por médicos, pesquisadores e estudantes de medicina, muitos dos quais freqüentam cursos de graduação ou pós-graduação em universidades privadas e, portanto, vêm de famílias com renda média ou baixa (numa coincidência com o perfil demográfico da TB no Brasil), onde as universidades mais proeminentes e bem-financiadas são públicas. Levando-se em conta a falta de interesse pela TB no currículo das escolas de medicina, as atividades da Liga têm um significado especial. Apesar de dispor de recursos muito limitados, a entidade desempenhou um importante papel ao manter a atenção voltada para TB dentro e fora da comunidade científica.

<sup>225</sup> Comentário da Dra. Lia Selig, ex-coordenadora do PCT-RJ, durante a mesa-redonda do Public Health Watch, no Rio de Janeiro, em março de 2006.

<sup>226</sup> E-mail de Fabiana S. Vasques, enfermeira, Guarulhos, SP, enviada em 1 de maio de 2006 por Enrico Sena da Rede Brasileira das Pessoas que Vivem com HIV e Aids (RNP+) e participante da mesa-redonda do Public Health Watch, em São Paulo, em 30 de março de 2006.

<sup>227</sup> As instituições de pesquisa vinculadas ao Ministério da Ciência e Tecnologia abrangem o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). Ver <http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/778.html> (acessado em 26 de junho de 2006)

<sup>228</sup> Comentários de Afrânio Kritski, Universidade Federal do Rio de Janeiro e membro da Rede TB, mesa-redonda do Public Health Watch, Rio de Janeiro, 28 de março de 2006.

<sup>229</sup> Entrevista com as pesquisadoras da Liga Científica, Dras. Lia Selig, Marcia Bello, Anete Trajman, Rossana Brito, no Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, em 14 de março de 2005.

Mais recentemente, em 2001, o estabelecimento do Instituto Milênio Rede TB – Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose, na Escola de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade [Estadual] de São Paulo e no campus da Universidade Federal do Rio de Janeiro, passou a atrair um renovado interesse pela TB. A Rede promove a pesquisa interdisciplinar e apóia organizações e instituições, bem como gerentes e pesquisadores individuais. A entidade também planejou uma série de cursos e atividades de pesquisa para estimular o desenvolvimento de um quadro de profissionais engajados no combate à TB ao longo do tempo. Por fim, a Rede buscou estabelecer parcerias internacionais, dentre as quais destaca-se o International Clinical, Operational, and Health Services Research Training Award for AIDS and Tuberculosis (ICOHRTA). O projeto ICOHRTA é financiado pelo National Institutes of Health (NIH) dos EUA e incentiva as parcerias para a realização de pesquisas sobre TB e aids entre as universidades brasileiras e americanas, especialmente a Universidade Johns Hopkins, a Universidade da Califórnia, em Berkeley, e a Universidade Cornell, em Nova York<sup>230</sup>.

O MS e o PNCT poderão se beneficiar de um crescente investimento público em pesquisa acadêmica sobre os vários aspectos do controle da TB; para isso é necessário investir em parcerias com outros ministérios e agências do governo, sempre que for possível. A maior exposição à análise sistemática e à crítica bem-informada de suas políticas e serviços pelos acadêmicos, pacientes e outros atores ajudaria o PNCT a determinar a eficiência das suas próprias atividades e iniciativas.

## Parcerias

### Colaboração com o setor privado

Quando os pacientes são diagnosticados com TB por um profissional de saúde do setor privado, eles são encaminhados imediatamente ao sistema público de saúde para tratamento. A maioria dos medicamentos contra a TB não podem ser obtidos em farmácias particulares, mas somente junto aos órgãos públicos. Na prática, a maior parte dos médicos brasileiros trabalha tanto no setor público quanto no privado. Assim, eles podem facilmente mudar de papel para fornecer cuidados em TB; por isso o diagnóstico, tratamento e registro de casos de TB pelos profissionais de saúde privados está intimamente integrado ao sistema público de saúde.

Nem todos os clínicos do setor privado consideram o DOTS como o paradigma predominante no tratamento da TB, embora todos os profissionais de saúde brasileiros devam seguir as diretrizes de tratamento da doença. De modo geral, os clínicos particulares acreditam que os pacientes podem auto-administrar o tratamento da TB sem supervisão. De acordo com a observação acima,

<sup>230</sup> No Brasil, o projeto ICOHRTA é implementado também pelo Instituto Adolfo Lutz, em São Paulo, e pela Unidade de Doenças Infecciosas da Universidade Federal Espírito Santo, além da USP e da UFRJ.

ainda que as unidades de saúde pública possam oferecer o DOTS, a maioria não considera obrigatória a compatibilidade com todos os aspectos da estratégia e, ao invés disso, permitem que o paciente decida se acha necessário vir à clínica para receber o tratamento diretamente supervisionado.<sup>231</sup>

No entanto, os esforços de controle da TB se concentram exclusivamente no sistema de saúde pública; o fato de que os clínicos particulares também fornecem serviços para pacientes de TB não faz parte do debate público.

### **Colaboração com ONG e organizações comunitárias**

O ativismo comunitário em TB tem sido limitado, especialmente quando comparado ao nível da militância em HIV e aids. No entanto, com o crescente estímulo e apoio de uma série de fontes nacionais e internacionais desde 2002, mas particularmente em função da iniciativa dos programas de TB dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo em incentivar a mobilização social, um número crescente de representantes de organizações comunitárias vêm se engajando cada vez mais no acompanhamento e na implementação das políticas públicas de controle da TB.

Conforme observado acima, os coordenadores dos programas de TB nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo tomaram a decisão independente de começar a apoiar os esforços que visam promover uma maior mobilização social em torno da TB, por meio de oficinas e reuniões com organizações comunitárias em seus respectivos estados. Essas iniciativas resultaram na criação do Fórum de ONG no Combate à TB do Estado do Rio de Janeiro, em agosto de 2003, e desde então vêm elevando o nível da participação comunitária na discussão das políticas relacionadas à TB por meio da criação de uma rede de articulação nos níveis nacional e internacional<sup>232</sup>. O Fórum de ONG-Aids do Estado de São Paulo, que abrange 180 organizações comunitárias engajadas na luta contra o HIV e aids desde 1996, demonstrou sua liderança ao priorizar a TB e a TB/HIV em sua agenda<sup>233</sup>. Mais recentemente, a criação da Rede para o Controle Social da TB no Estado de São Paulo lançou várias atividades de prevenção à TB. Em conjunto, essas iniciativas já vêm obtendo êxito no aumento da visibilidade dos temas relativos à tuberculose no Brasil. Elas também já articulam visando a ampliação da participação comunitária nos eventos e atividades de luta contra a tuberculose e pretendem tornar sua participação indispensável nos fóruns para elaboração de políticas de TB.

<sup>231</sup> Experiência do autor ao receber tratamento contra TB, no Centro Municipal de Saúde de Copacabana (uma das maiores clínicas de tratamento de TB no Brasil), Rio de Janeiro, 2004-2005.

<sup>232</sup> O Fórum de ONG no Combate à Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro, que já conta com cerca de 115 organizações comunitárias participando de suas reuniões, tem logrado êxito em suas articulações e participando cada vez mais ativamente em eventos e parcerias contra a tuberculose. Seus membros são organizações de diversas origens e com diferentes missões, como por exemplo: entidades de gênero, populações marginalizadas, minorias sexuais, grupos étnicos, grupos de outras patologias e deficiências, como de luta contra o HIV e aids e de hanseníase, assim como organizações de moradores de comunidades carentes, dentre outros.

<sup>233</sup> Representante do Fórum de ONG-Aids do Estado de São Paulo e da Rede Brasileira de Pessoas que Vivem com HIV e Aids (RNP+) no Conselho Nacional de Saúde, José Marcos Oliveira, desde 2003 é a principal pessoa de contato para questões relacionadas à TB-HIV.

Os gerentes estaduais explicam que a sua decisão de estabelecer parcerias com as ONG em torno da tuberculose foi motivada pela percepção de que a participação da sociedade civil é essencial para um eficiente controle da doença. Elas entendem que as deficiências nos esforços de controle da TB no Brasil, até agora, resultaram da ausência de uma eficaz mobilização social até 2002.<sup>234</sup> Essas iniciativas estão contribuindo ativamente para envolver e informar muito mais pessoas sobre a TB e a relação entre o HIV e a tuberculose.

Diversos outros grupos também começaram a integrar os esforços de conscientização sobre a TB em suas atividades já existentes, inclusive ONG de sólida reputação como a Bem-Estar Familiar (BEMFAM),<sup>235</sup> instituições religiosas, como a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e a Pastoral da Saúde, e sindicatos, como o Serviço Social da Indústria (SESI)<sup>236</sup> e a Confederação Nacional da Indústria (CNI).<sup>237</sup> No entanto, as iniciativas de mobilização social em torno da TB fora do Rio de Janeiro e de São Paulo têm sido mínimas.

Conforme as observações nas seções anteriores deste relatório, o apoio do governo federal à participação comunitária no controle da TB, até 2004, foi extremamente limitado. No entanto, a adoção de uma política nacional foi seguida de uma ação concreta, principalmente do estabelecimento da Parceria Brasileira contra a TB que inclui atualmente entre seus membros o PNCT, o PN-DST/Aids, o Fórum de ONG de Combate à TB do Rio de Janeiro, diversas ONG internacionais e agências privadas, e tem como objetivo expandir a composição de seus integrantes de modo a abranger o maior número possível de atores na luta contra a TB.

Um objetivo especial da Parceria é conseguir maior adesão e investimento por parte das grandes empresas brasileiras e internacionais estabelecidas no país, embora até o momento a entidade não tenha obtido êxito nessa tentativa. Diversas companhias buscaram se associar à luta contra a aids com o propósito de fazer relações públicas, mas até agora não investiram recursos significativos para apoiar as atividades de muitas ONG que prestam atendimento e serviços de aids. Por exemplo, quando os coordenadores dos projetos locais de atendimento comunitário, da Rede Buddy Brasil, que fornece apoio a mais de 600 pessoas vivendo com aids em todo o Brasil, entraram em contato com empresas privadas para pedir contribuições financeiras, eles ouviram várias vezes que essas atividades deveriam ser financiadas pelo governo ou realizadas gratuitamente por voluntários.<sup>238</sup>

<sup>234</sup> Observações do autor a partir da sua experiência como consultor em mobilização comunitária para o PCT-RJ, em 2003-2004. O projeto foi financiado pela USAID, com assistência técnica da MSH.

<sup>235</sup> A organização Bem-Estar Familiar no Brasil, sediada no Rio de Janeiro, tem como objetivo principal cuidar da saúde familiar e reprodutiva. Ver [www.bemfam.org.br](http://www.bemfam.org.br) (acessado em 20 de junho de 2006).

<sup>236</sup> Serviço Social da Indústria, uma importante instituição social e de saúde da associação industrial brasileira, estabelecida em 1946, composta por 2285 unidades em 1565 municípios do País. Ver [www.sesi.org.br](http://www.sesi.org.br).

<sup>237</sup> Confederação Nacional da Indústria, a maior entidade representativa do setor industrial brasileiro, estabelecida em 1938. Ver [www.cni.org.br](http://www.cni.org.br) (acessado em 20 de junho de 2006).

<sup>238</sup> O Programa Rede Buddy Brasil foi coordenado pelo autor entre 2002 e 2006, como uma iniciativa do Grupo Pela Vidda-RJ. O programa estabeleceu 11 projetos de acompanhamento domiciliar para pessoas com aids, em diferentes cidades brasileiras, com apoio da ICCO (Fundação Intereclesiástica Holandesa para a Cooperação ao Desenvolvimento) e a Comissão Européia.

## **Colaboração com ONG que lutam contra o HIV e aids**

O Programa de Combate à DST/Aids alcançou uma grande independência institucional, principalmente graças a uma extremamente bem-sucedida estratégia de levantamento de fundos junto ao Banco Mundial<sup>239</sup>. Entretanto, uma consequência desse êxito foi que a colaboração com outros programas, como o PNCT, não se mostrou estritamente necessária e, portanto, não foi priorizada. Isso não quer dizer que as organizações e os formuladores de políticas de controle da aids estivessem refratários às questões sobre a TB ou que não desejam trabalhar com outras entidades, mas que eles estão simplesmente concentrados na implementação dos seus próprios programas e na garantia de que irão contar com recursos suficientes para viabilizá-los.

No período anterior a 2003, o PN-DST/Aids apoiou alguns encontros com o objetivo de promover amplas estratégias de mobilização em torno da TB/HIV, mas não recebeu apoio do PNCT para essas iniciativas.<sup>240</sup> Como foi detalhado nas seções anteriores, o ambiente da elaboração de políticas mudou consideravelmente desde 2003 e algumas organizações dedicadas à luta contra o HIV e aids, como as que participam dos Fóruns de ONG-Aids, no Rio de Janeiro e em São Paulo, ofereceram auxílio inestimável, em seus estados, às iniciativas crescentes de mobilização comunitária em torno da TB, buscando organizar atividades estaduais e interestaduais coordenadas. É essencial aprofundar e expandir o envolvimento dessas e de outras organizações experientes em HIV e aids no desenvolvimento de estratégias de estímulo à participação comunitária e do público em geral nas atividades de controle da TB.

## **Colaboração com organizações multilaterais e doadores bilaterais**

No Brasil, as iniciativas de controle da tuberculose receberam considerável apoio técnico e financeiro de uma série de parceiros internacionais e de doadores bilaterais, dos quais apenas alguns podem ser mencionados neste relatório. O requisito da participação comunitária nas propostas enviadas ao GFATM desencadeou um novo nível de engajamento da sociedade civil na elaboração de políticas de controle da TB, e os grupos envolvidos no desenvolvimento da bem-sucedida proposta à Quinta Rodada pretendem insistir na continuidade de sua participação durante a implementação do projeto brasileiro.

Mais recentemente, a USAID e o CDC prestaram um grande apoio a diversas iniciativas dos programas estaduais de combate à TB, no Rio de Janeiro e em São Paulo, para promover a coordenação entre os atores municipais de TB e estimular a adoção e a expansão da estratégia DOTS. A USAID, em particular, forneceu uma assistência essencial ao PNCT em

<sup>239</sup> Ver Santos Filho, Ezio Távora dos. Saindo da sombra: o Movimento Social brasileiro no financiamento do Banco Mundial ao Programa Nacional de Aids. Dissertação de mestrado. Instituto de Relações Internacionais. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

<sup>240</sup> Experiência do autor como consultor do PCT-RJ, entre 2002 e 2003.

seus esforços de expansão do DOTS, por meio do financiamento de consultores da OPAS e da OMS, em Brasília, que, por sua vez, ajudaram a desenvolver a proposta brasileira à Quinta Rodada do GFATM.

Como mostramos acima, a pesquisa em TB recebeu um importante impulso de parceiros internacionais, como o NIH, a USAID e o CDC, bem como de diversas fundações privadas, como o Consórcio para Responder Efetivamente à Epidemia de aids/TB (CREATE - Consortium to Respond Effectively to the aids/TB Epidemic), que apoiou a pesquisa sobre a co-infecção TB-HIV, realizada pelo projeto THRio.

A proposta brasileira submetida à Quarta Rodada do GFATM não foi aprovada, em parte porque não demonstrou uma suficiente participação comunitária no Mecanismo Coordenador de País (MCP). De fato, muitas comunidades afirmam que não tiveram o menor conhecimento de que essa proposta havia sido desenvolvida e enviada pelo governo. Assim, o PNCT convidou vários grupos comunitários a participar da revisão do projeto brasileiro submetido à Quinta Rodada, inclusive o Fórum de ONG de Combate à TB do Estado do Rio de Janeiro. Como o convite chegou em um estágio relativamente avançado do planejamento, muitas pessoas expressaram insatisfação com a extensão de sua possível influência sobre o conteúdo do projeto. No entanto, a freqüente participação das ONG no MCP mostrou que esses grupos têm capacidade de atuar sobre os rumos do processo de financiamento. O GFATM aprovou a proposta do Brasil na Quinta Rodada, em setembro de 2005, e um novo financiamento substancial para as atividades de controle da TB e TB/HIV está sendo esperado para meados de 2006. As ONGs brasileiras foram estimuladas pelo inovador requisito do GFATM de promover a participação multissetorial e acolheram com prazer a oportunidade de poder se engajar totalmente em um novo capítulo dos esforços de controle da TB no país.

# Recomendações

## Recomendações ao Governo brasileiro e ao PNCT

Para melhorar os esforços de controle da TB, o Governo brasileiro e o PNCT deveriam:

- **manter publicamente o compromisso com uma política nacional de controle da tuberculose** e com sua implementação eficiente e coordenada, como decorrência de uma responsabilidade fundamental do Governo Federal.
- **apoiar as lideranças do PNCT** nos esforços oficiais de controle à TB e estimular o cumprimento das políticas do Programa pelos departamentos e pelos programas relevantes do setor de saúde, assim como pelas organizações parceiras nacionais e internacionais.
- **engajar outros setores governamentais na luta contra a TB**, como o Ministério da Ciência e Tecnologia.
- **promover e desenvolver mecanismos eficientes para incentivar uma melhor coordenação entre os conselhos de saúde nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal).**
- **redobrar os esforços para conscientizar o público** acerca da magnitude do problema representado pela TB e divulgar a disponibilidade dos serviços contra a doença.
- **criar incentivos para o estabelecimento de vínculos mais estreitos entre os programas estaduais e municipais de controle da TB** e a integração de suas estratégias e atividades, especialmente no tocante ao DOTS.
- **estimular fortemente os conselhos de saúde estaduais e municipais a alocar fundos, para auxiliar os pacientes de TB pobres e desfavorecidos a cobrir os custos ocultos do tratamento da doença.**
- **iniciar as mudanças estruturais e institucionais necessárias para atrair e apoiar profissionais qualificados em saúde pública** com melhores salários, pacotes de benefícios, incentivos relacionados ao desempenho e outras formas de recompensas;

- **melhorar os serviços laboratoriais e os mecanismos de controle de qualidade para garantir o atendimento adequado às necessidades do país.**
- **apoiar a pesquisa operacional para:**
  - o **identificar as disparidades regionais e demográficas na prevalência da TB**, como base para elaborar políticas que proporcionem um maior acesso dessas populações aos serviços de controle da TB;
  - o articular a **aplicação das normas de biossegurança** e das medidas de prevenção à transmissão de doenças nos hospitais e clínicas ambulatoriais;
  - o **aferir continuamente os níveis de satisfação dos pacientes de TB em relação à oferta de serviços** em todo o país; e
  - o identificar as **abordagens mais adequadas e eficientes** da prestação de serviços de controle da TB.
- **assegurar oportunidades e mecanismos para que as comunidades e pessoas afetadas pela TB participem de modo substancial na elaboração e implementação das políticas de combate à TB.**
- **capacitar e apoiar as lideranças comunitárias** para que elas se beneficiem dessas oportunidades, fornecendo assistência técnica e treinamento adequados para os grupos comunitários.

## **Recomendações às organizações da sociedade civil**

Para complementar as atividades de controle da TB assumidas pelo governo, as organizações da sociedade civil deveriam:

- **intensificar o seu envolvimento nos processos de elaboração das políticas de prevenção da TB:**
  - o aprofundando o seu conhecimento acerca da TB, dos regimes de tratamento da doença, da interação entre a TB e o HIV e aids, bem como de outros aspectos técnicos da TB e de seu tratamento;
  - o intensificando atividades de contato, para estimular uma maior conscientização por parte da comunidade e do público sobre os riscos da TB, a oferta de tratamento e a importância do seu cumprimento, especialmente entre as pessoas de baixa renda e grupos mais vulneráveis;
  - o adaptando para o controle da TB as abordagens e técnicas de representatividade que tenham se revelado eficientes em outras áreas das políticas de saúde, como

em HIV e aids;  
o aprimorando sua capacidade de monitoramento da elaboração de políticas de combate à TB, inclusive através do processo orçamentário federal; e  
o incentivando as relações com os Conselhos Municipais de Saúde para estimular uma maior conscientização sobre as alocações orçamentárias com o objetivo de apoiar uma resposta estratégica e sustentável à TB e TB-HIV;

- garantir que os esforços para monitorar e criticar a política de controle da tuberculose proposta pelo governo sejam complementados por recomendações construtivas para promover mudanças positivas.

## Recomendações às organizações internacionais

**Para apoiar as iniciativas de controle da TB no Brasil, as organizações internacionais deveriam:**

- **apoiar as iniciativas das organizações da sociedade civil brasileira a fim de promover a conscientização e o conhecimento sobre o tratamento da TB e TB/HIV,** particularmente das entidades que já estão engajadas no controle do HIV e aids e em outras questões de saúde.
- **apoiar uma programação que melhore a capacidade das organizações comunitárias e da sociedade civil brasileira de conduzir o monitoramento e a representação em torno da TB,** como uma maneira de estimular uma maior demanda pressão e mobilização social quanto à necessidade da elaboração de melhores políticas e serviços de TB, e como um complemento fundamental aos esforços internacionais para promover a responsabilidade por parte do governo.

# Anexo

## Lista de participantes das Mesas Redondas, principais entrevistados e colaboradores

**Ademir de Albuquerque Gomes**, Consultor OPAS

**Afrânio Kritski**, Professor Adjunto UFRJ, Área de Diagnósticos da Rede TB\*

**Alexia Meurer**, GAPA-RS

**Amandio Matias**, Pediatra Unid. Básica Saúde Jardim Guanabara, SP, SP

**Ana Glória Pires**, BEMFAM Rio de Janeiro\*

**Ana Luiza Parentone Bittencourt**, Assessoria para Dermatologia Sanitária SES-RJ

**André Falcão**, do Núcleo de Comunicação da Secretaria de Vigilância em Saúde, MS

**Anete Trajman**, UGF, PCT-RJ, Liga Científica contra a Tuberculose\*

**Antônio Ruffino-Netto**, Coord. Epidemiologia Rede TB; EMRP-USP

**Arachu Castro**, Profa. Adjunta Harvard Medical School, Conselho Consultivo PHW-OSI

**Betina Durovni**, Coodenadora da Divisão de Doenças Transmissíveis da SMS – Rio\*

**Carlos Basília**, IBISS, Fórum ONG-TB RJ, Secretário Fórum de Parcerias contra TB

**Célia Kamita**, Dir de Enfermagem Pronto Socorro Municipal 21 de Junho, SP, SP

**César Espina**, Coordenador do PCT-RS

**Claudia Paz**, IBISS, Rio de Janeiro\*

**Claudio Galvez-Kovacic**, Consultor internacional, Cons. Consultivo PHW-OSI\*\*

**Denise Arduini**, Enfermeira TB CMS Pindaro de Carvalho Rodrigues, Gávea, Rio, RJ

**Denise Garrett**, Consultora CDC e IUATLD junto ao PNCT

**Elsa Ramos Paim**, ex-enfermeira do SESP; ENSP

**Enrico de Sena Furtado**, Insituto DIET, RNP+ São Paulo\*\*

**Eri Ishimoto**, CCD-TB, SMS-SP\*\*

**Expedito Luna**, Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica, SVS-MS\*\*\*

**Fabiana S. Vasques**, Enfermeira, Guarulhos, SP

**Fabio Moherdau**, Ponto Focal para Co-infecções, PN-DST/Aids, Brasília

**Germano Gerhardt Filho**, Presidente da Fundação Ataulpho de Paiva, Rio de Janeiro

**Ildinei**, Enfermeira Responsável TB - Unidade Mista, Brasília, D.F.

**Ingrid Carvalho**, Departamento Jurídico do Grupo Pela VIDDA-RJ

**Jaime Rojas**, USAID, Brasília\*\*\*

**Joël Keravec**, Diretor de Projetos, MSH, no CRPHF

**José Carlos Veloso**, GAPA-SP\*\*

**José Marcos Oliveira**, RNP+ Sorocaba, Fórum de ONG-Aids SP, Cons. Nac. Saúde

**Joseney dos Santos**, Coordenador do PNCT\*\*\*

**Laedi A. Rodrigues Santos**, CVE-SES-SP\*\*

**Lia Selig**, ex-Coordenadora PCT-RJ e Liga Científica contra a Tuberculose\*

**Lísia de Freitas**, Coordenadora do PCT-RJ

**Maraci Marques Pereira**, Coord. Controle de Qualidade do LACEN Rio de Janeiro

**Marcia Bello**, PCT-RJ, Liga Científica contra a Tuberculose

**Marcio Koshaka**, Grupo Estruturação, Brasília

**Margareth Pretti Dalcolmo**, Coord. Ambulatório CRPHF e Pres. Com. TB, SBPT\*

**Maria Alice Santos**, Aux. Enfermagem U. Básica Saúde Jardim Guanabara, SP, SP

**Maria Conceição Santana**, IBISS, MORHAN, Fórum ONG-TB RJ

**Maria Josefa Penon**, CVE-SES-SP\*\*

**Mariliana M.R. de Mattos**, Coord. Unid. Básica Saúde Jardim Guanabara, SP, SP

**Mario A.V. Pessolani**, Unidade Mista, Brasília, D.F.

**Mario Scheffer**, Jornalista, Conselho Reg. Medicina de São Paulo; Grupo Pela VIDDA-SP

Membros do Fórum de ONG de Combate à Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro

Membros do Fórum de ONG-Aids do Estado de São Paulo

Membros do Fórum de ONG-Aids do Estado do Rio de Janeiro

**Mônica Kramer**, pesquisadora da UFRJ, membro da Rede-TB\*

**Murilo Mota**, Transformarte, Rio de Janeiro\*

**Nadja A. Faraone**, Rede Paulista de Controle Social da Tuberculose\*\*

**Naomi Kawaoka Komatsu**, CCD-TB, Chefe PCT-SMS-SP\*\*

**Necha Goldgrub**, Cen. Vig. Epidem, Coord. Controle de Doenças, São Paulo\*\*

**Patricia Paine**, Assessora Técnica para Tuberculose da USAID em Brasília\*\*\*

**Regina Lemos**, CCD-TB, SMS-SP\*\*

**Renato Marin**, Grupo Pela VIDDA-SP\*\*

**Reynaldo Dietze**, Professor Adjunto UFES; Coordenador Ensaio Clínicos Rede-TB

**Ricardo Gadelha de Abreu**, Assessor Depto. Vigilância Epidemiológica, SVS-MS\*\*\*

**Rodolfo Rodríguez Cruz**, Consultor OPAS para Tuberculose

**Rosália Maia**, Assessora Técnica CGLAB, SVS - MS

**Rosângela G. Kachel Serigheli**, Enfermeira PCT-DF\*\*\*

**Rossana Coimbra Brito**, PCT-RJ, Liga Científica contra a Tuberculose

**Sandra Perin**, GAPA-RS

**Solange Cavalcanti**, Chefe do Programa de Tuberculose, SMS-RJ

**Sumie Matai de Figueiredo**, Supervisora do Banco de Dados do Município do PCT-SP

**Susana Ayres**, Enf. Resp. Progr. TB Unidade Básica Saúde Jardim Guanabara, SP, SP

**Tereza Cristina Scatena Villa**, Coord. Estudos Operacionais Rede TB; EMRP-USP

**Valdir de Souza Pinto**, Força Tarefa do PNCT em São Paulo\*\*

**Valéria Rolla**, Pesq. e Coord. de Doenças Pulmonares no IPEC-FIOCRUZ

**Vera M. N. Galesi**, Coordenadora da Divisão de Tuberculose da SES-SP\*\*

**William Amaral**, Presidente Grupo Pela VIDDA-RJ, Fórum ONGs-TB RJ\*

...e tantos pacientes e profissionais de saúde entrevistados !

- \* Participante da Mesa Redonda OSI no Rio de Janeiro, 28 de março de 2006
- \*\* Participante da Mesa Redonda OSI em São Paulo, 30 de março de 2006
- \*\*\* Participante da Mesa Redonda OSI em Brasília, 31 de março de 2006

As Mesas Redondas no Brasil contaram com a ajuda administrativa de Maria Luiza Gonçalves Malheiros, e com a presença de Emily Bell, Administradora de Projetos do PHW-OSI, que acompanhou as reuniões com a tradução de Ângelo Barbosa Pereira.

A revisão desta edição contou com a ajuda de Zaira Machado dos Santos Gomes.