

Combate à tuberculose alcança interiorização

A tuberculose é ainda hoje uma das doenças endêmicas de maior prevalência no Brasil, com cerca de 300 mil casos anuais, apesar dos esforços realizados pelo Ministério da Saúde nos últimos quatro anos através do Programa de Controle da Tuberculose — constituído por um conjunto de ações integradas dos diferentes níveis de Governo, com a participação da comunidade, mediante o uso adequado dos conhecimentos técnico-científicos e dos recursos mobilizáveis — praticamente duplicando a população coberta até então e triplicando o número de municípios atendidos, que passou de 405 em 1973 para 1.905 no ano passado.



Existe uma correlação estreita entre o nível de desenvolvimento dos países e a prevalência das doenças infecciosas. Por isso, os programas de saúde dos povos devem, necessariamente, estar vinculados aos Planos de Desenvolvimento Global, entendendo-se como tal não apenas o simples crescimento do Produto Nacional Bruto, mas também a melhoria das condições sociais.

O Brasil pode ser dividido em três grandes regiões homogêneas, se considerarmos a extensão territorial, população e produto interno bruto: Norte/Centro-Oeste, Nordeste e Sul/Sudeste, sendo que cada uma apresenta evidentes desproporções entre as três variáveis. Na grande região homogênea Norte/Centro-Oeste, a extensão territorial representa 59 por cento do País, enquanto o PIB é de quatro por cento e a população de oito por cento. Por outro lado, na grande região homogênea Sul/Sudeste, a população participa com 67 por cento do total do País e o PIB com 83 por cento, enquanto a extensão territorial é de 26 por cento. Por estranho que possa parecer, o Nordeste é a região mais equilibrada, pois, para uma participação de 25 por cento da população, ele concorre com 13 por cento do PIB e ocupa 15 por cento da extensão territorial.

Um exemplo do que foi dito inicialmente, está na prevalência da infecção tuberculosa nas crianças ao entrar nas escolas das capitais brasileiras e que é de 16,9, 14,2, 6,7 e 7,9 para as regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, respectivamente. Isso demonstra a dimensão do problema nacional, já que só se considera a tuberculose sob controle quando tal indicador não ultrapassa um por cento ao sair da escola.

Na década de 50, com a introdução da quimioterapia, a mortalidade pela doença sofreu acentuada queda, continuando em decréscimo nestes últimos 20 anos. Atualmente, estima-se em 12 o número de óbitos por cem mil habitan-

tes. A partir de 1974, no entanto, o Ministério da Saúde decidiu implementar o programa, atualizando suas diretrizes e fixando a estrutura e competência de cada nível administrativo, nacional, regional e local, tornando-o permanente, integrado à estrutura sanitária da coletividade e adaptado às necessidades explícitas da população em âmbito nacional.

Assim, cabe ao Governo federal estabelecer a política, diretrizes e normas planejando em termos nacionais todas as ações do programa, bem como a coordenação inter-institucional supervisionando e avaliando o desempenho nas regiões, além de prover medicamentos e outros recursos, inclusive humanos, mediante o treinamento de pessoal especializado para atuação nacional e regional.

A administração regional cumpre manter e ampliar a implantação das atividades de controle em unidades gerais de saúde, treinar pessoal de nível local, supervisionar, consolidar e analisar as atuações e informações dos níveis micro-regional e local. Este último, por sua vez, tem por atribuição programar as atividades de sua unidade, executá-las e registrar as informações.

No entanto, a estrutura da então Divisão Nacional de Tuberculose não apresentava condições de flexibilidade para adaptar-se às necessidades de modificações e reformulações do programa no País, tornando-se indispensável sua reformulação, o que foi possível com a modernização administrativa implantada no Ministério da Saúde e a Divisão passou a denominar-se Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária.

Foi adotada uma nova estratégia, considerando-se a necessidade de interiorizar o Programa, através da integração nos serviços gerais de saúde, simplificar os procedimentos de diagnóstico e tratamento, desenvolver ações de prevenção em âmbito nacional e desestimular a ação hospitalar. Na



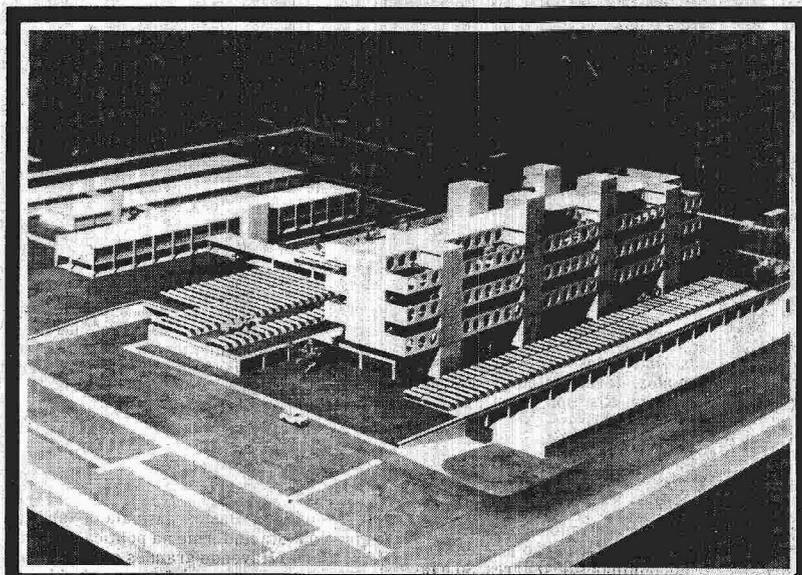
Água tratada para o interior de Sergipe

distribuição de recursos disponíveis ou mobilizáveis, passou a tomar por base, especialmente, as necessidades das grandes regiões homogêneas e a situação epidemiológica de cada uma delas, promovendo-se também o estímulo à integração docente assistencial e pesquisa, principalmente no Sul/Sudeste.

VACINAÇÃO BCG JÁ ATINGE MAIS DA METADE DE SEUS OBJETIVOS

Procurou-se também compatibilizar os objetivos específicos, operacionais e epidemiológicos do programa a serem alcançados em 1980 e 1987, selecionando-se indicadores para acompanhamento e avaliação. Dessa forma, a vacinação DCG em crianças de zero a 14 anos deverá cobrir em 1980 a 80 por cento da população. Em 1987 serão cobertos 80 por cento da população na faixa de sete a 14 anos, o que, em termos de objetivos epidemiológicos, representará para 1980 um percentual de 1,5 e, no período seguinte, de 0,75. O indicador para acompanhamento e avaliação nesse caso será o risco anual de infecção. Na parte de diagnóstico, o objetivo operacional para 1980 é a cobertura de 50 por cento da população-alvo e de 70 por cento para 1987. O objetivo epidemiológico nesse caso cairia de 90 por cento em 1980 para a metade, em 1987, tomando-se como indicador a incidência de tuberculose por cem mil pessoas. As ações de tratamento ambulatorial e hospitalar teriam como população-alvo os casos de tuberculose para a primeira forma e os casos de alto risco para a segunda. Em termos operacionais o que se pretende é realizar o tratamento ambulatorial em 70 por cento dos casos, em 1980, e em 90 por cento, no período subsequente. Os objetivos epidemiológicos para esses casos são iguais aos propostos para o diagnóstico em cada período, tomando-se como indicador a prevalência de bacilíferos por grupos de cem mil pessoas. Para o tratamento hospitalar, os objetivos epidemiológicos são de respectivamente 18 e quatro para os anos de 1980 e 87, admitindo-se como indicador a incidência de meningite na faixa etária de zero a quatro anos por grupos de cem mil habitantes.

A DNPS determinou uma ajuda aos órgãos envolvidos no programa para execução de suas atividades adotando como critério a destinação dos recursos orçamentários aos Programas estaduais de Controle da Tuberculose, en-



Maqueta do complexo hospitalar da Fundação das Pioneiras Sociais, já em construção, em Brasília

quanto as subvenções sociais passaram a beneficiar entidades envolvidas em pesquisas e ensino relacionados com a pneumologia sanitária. Dessa forma, no ano passado, as Secretarias de Saúde receberam o equivalente a Cr\$ 1.655 milhão em equipamentos. Na avaliação do Programa verificou-se que em 1973 apenas 405 municípios contavam com unidades de controle e combate à tuberculose, cobrindo uma população de 45,8 milhões de pessoas, enquanto em 1977 esses números eram, respectivamente, 1.905 municípios e 88,2 milhões de pessoas.

Hoje a vacinação BCG atinge mais da metade do total de crianças com menos de 14 anos o que significa o cumprimento de mais de 60 por cento da meta prevista para 1980, sendo que na região Norte essa cobertura ultrapassou a 70 por cento e, no Distrito Federal e Espírito Santo, já em fase de manutenção. Paralelamente, elevou-se o número de casos novos descobertos e o percentual de cura, que entretanto ainda não chegou aos limites fixados pelo programa. Realizou-se ainda o levantamento da prevalência da tuberculose em áreas indígenas, constatando-se que ela aumenta com o grau de integração das tribos com o homem branco e procedeu-se à vacinação, obtendo-se um percentual de cobertura da ordem de 84,6 com um resultado de curas superior a 80 por cento. O efeito epidemiológico do programa atualmente está em torno de dez por cento para todo o País.

● POLÍTICA NACIONAL DE HANSENIASE — A hanseníase é conhecida desde os tempos bíblicos e, naquela época, já provocava a marginalização e segregação do seu portador, fato que persistiu até os nossos dias, embora a doença seja controlável pela qui-

mioterapia. Esse comportamento, provocado pela má informação e superstição, em nada contribuiu para o controle da endemia, que somente em 1976, após a Conferência Nacional de Saúde, recebeu um tratamento mais adequado e humano, iniciado com a supressão da palavra lepra-estigmatizante através dos séculos — a qual foi substituída por hanseníase.

AS NOVAS PERSPECTIVAS NA LUTA CONTRA A HANSENIASE

Naquela ocasião, o Ministro Almeida Machado lembrou que "o Brasil precisava livrar-se da lepra que existe na mente e no coração de muitos e da hanseníase que existe na pele de alguns" e que, ao apontar o homem como objeto de todo o planejamento nacional, o Presidente Geisel não fizera exceção ao hanseniano. Além disso, essa atitude representava uma diminuição da força de trabalho e, conseqüentemente, um prejuízo para o Produto Interno Bruto, já que até 1976 conhecia-se cerca de 140 mil doentes no país.

Almeida Machado defendeu então a necessidade premente de se fazer um reexame corajoso da política de controle da hanseníase e determinou a elaboração de uma nova política destinada a eliminar o estigma da doença que leva-

va o paciente a isolar-se e o privava de tratamento. Menos de dois meses depois, era assinada portaria fixando as normas da nova política de controle da hanseníase, que visa reduzir a morbidade, prevenir a incapacidade e preservar a unidade familiar, estimulando a integração social dos doentes conforme as características de cada caso. Determinava também a proscricção do termo lepra da linguagem oficial do Ministério e estimulava a apresentação voluntária de doentes, suspeitos e contatos através de ações de educação para a saúde e atenção médica adequada, bem como a assiduidade do doente mediante tratamento eficiente e cordial que tornasse agradável a revisão médica e induzisse o doente a retornar sempre.

Essa nova orientação permitiu que a prevenção da incapacidade se desenvolvesse como atividade nos hospitais e serviços especializados para o tratamento da doença, os quais realizam inquéritos permanentes sobre a frequência e tipos de deformidade, de modo a permitir uma estatística precisa da incidência do mal no país. A preservação familiar tornou-se um objetivo permanente, com a abolição da prática de afastar-se os filhos dos pais enfermos, ressalvando-se os casos em que, por indicação médica, as crianças nascidas nos hospitais especializados são separadas da mãe e colocadas no meio familiar ou em instituições públicas de assistência à infância.

Determinou-se também que os asilos-colônias existentes fossem progressivamente desdobrados em asilos destinados à assistência social aos doentes bastante mutilados e sem condições de reintegração na sociedade ou ainda em colônias organizadas como cooperativas e mantidas pelos próprios cooperativados, que receberiam assistência técnica e eventualmente financeira da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde ou, ainda, em hospitais para a assistência médico-hospitalar de hansenianos ou de portadores de outras dermatoses.

Hoje, a busca de casos alia-se à utilização de medidas profiláticas tradicionais, readaptação profissional e prevenção da incapacidade, além de reabilitação corretiva. Desde 1 de janeiro de 1977 o Ministério da Saúde só firma convênios com Estados para desenvolvimento de atividades de controle da hanseníase quando estes são compatíveis com a nova política em vigor. Um trabalho publicado no Boletim da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária relata uma experiência realizada com BCG como medicamento auxiliar no tratamento da hanseníase e que apresentou resultados positivos em quatro dos cinco casos estudados. Com isso, abre-se uma nova perspectiva para o tratamento da doença, caso se comprovem realmente a eficácia do BCG e a ausência de efeitos colaterais contra-indicados.