

O Controle da Tuberculose no Brasil: Principais momentos de sua história.

Sonia Natal Ribeiro

Trabalho apresentado no curso de Mestrado em Saúde Coletiva/UERJ - 1989

Assessora em Pneumopatias Sanitárias CRPHF/FNS/MS.

Endereço para correspondência:
Rua Professor Manoel Ferreira, nº 122/201 - Gávea - RJ.
CEP 22451-030 - Tel.: (021) 259-6950

Pulmão - RJ; Vol. 3 - nº 2 ; 27 a 40 - 1993

Resumo

O controle da tuberculose no Brasil pode ser classificado em três fases: a 1ª de 1500 até o advento da quimioterapia e a 2ª de 1950 até 1990. Em 1990 inicia-se um novo momento. As duas primeiras fases podem ser subgrupadas em categorias de acordo com medidas realizadas ou não. Após a vinda da família real portuguesa para o Brasil algumas instituições médicas foram fundadas como a Escola de Medicina, Academias de Medicina e as Ligas Contra a Tuberculose. Entretanto a 1ª ação governamental efetiva para o controle da tuberculose ocorreu em 1920, com a fundação do Instituto de Profilaxia da Tuberculose. De 1920 a 1950 as medidas de controle da tuberculose eram o BCG oral, Rx do tórax e PPD. com o advento da quimioterapia, se verifica uma abrupta queda da mortalidade específica por tuberculose e posteriormente uma estabilização. Isto ocorre principalmente devido a resistência bacteriana e o baixo rendimento dos hospitais específicos. Após 1970 é criado o PNCT com uma política de redução dos leitos, padronização de um esquema de tratamento e distribuição gratuita. De 1980 a 1990 a nova política é implementada com a consolidação e manutenção do programa. Na década de 90 é extinta a CNCT, a DNPS e inicia-se uma

fase de reestruturação e reavaliação.

Palavras chave: Tuberculose, programa, tratamento.

Summary: The control of tuberculosis in Brazil can be classified into three phases: the first one took place from 1500 until the advent of chemotherapy; the second one from 1950 to 1990; and start the third in 1990. These major phases can be subgrouped into categories of control measures or of their absence. During the first phase, with the coming of the Portuguese Royal Family to Brazil, many medical institutions were founded, such as the Medical School, the Medical Academy and Tuberculosis Control Units. However, the first substantial governmental initiative to combat tuberculosis occurred in 1920 with the foundation of the Brazilian Institute of Tuberculosis and Prevention. From 1920 to 1950 the control measures administered were basically BCG oral immunization, lung X-ray and tuberculin test. During the second phase, with the advent of chemotherapy, new procedures guaranteed a sudden drop of the mortality rate; in spite of its stabilization after five years. This stabilization was due to the growing number of drug resistant patients which took up most hospital availability with long-term healing processes. After 1970, the National Tuberculosis Control Program was created and a new policy of reduction of hospital treatment emerged. With it, governmental funds sponsored the short-term chemotherapeutic treatment that could be obtained free by all patients. From 1980 to 1990 the new governmental policy was enforced and the National Program Against Tuberculosis was consolidated. After

1989, with the sanitary reform, which is yet to be enforced, there has been a halt to the programs and many of the old policies became unstructured.

Key words: tuberculosis, control, treatment.

Introdução

"No calor dos debates, as idéias em jogo desapareceram: fica, apenas, a vaidade humana, ora ferida, ora exaltada."

MANOEL DE ABREU

Três doenças historicamente têm marcado o homem e mobilizado a sociedade, lepra, loucura e tuberculose, e na atualidade, podemos acrescentar a AIDS. O que aproxima estas 4 endemias é a realidade médica ou mística do contágio: contágio-transmissão de uma doença por contato mediato ou imediato; contágio mental que é a propagação a 1 ou vários indivíduos, predispostos ao fenômeno psíquico que representa uma doença mental.

No longo da história se criaram Instituições especializadas para confinar, isolar, cuidar, proteger e curar os doentes. O discurso médico é higienizador e a educação é tomada por um conjunto de meios (métodos) e técnicas cujo conteúdo deve ser difundido, visando criar, modificar e manter comportamentos dentro das normas orientadas pela ordem médica¹.

"A enfermidade social obriga o isolamento do doente para evitar o contágio ou o escândalo, os sujeitos afetados requerem cuidados especiais".

As doenças que já foram motivos de "Campanhas Educacionais", merecem

um discurso higienizador e foram fortemente estigmatizadas pela associação do excesso-prazer, promiscuidade, abuso do álcool, do fumo, do sexo; ou pela falta-pobreza, fraqueza da personalidade, força de vontade, deficiência do caráter, prudência. A veiculação dos programas educacionais se dá mais pela vinculação com os fatores depreciativos e a sua ligação com a morte, do que com a veiculação com a conscientização, repassando conhecimento de maneira que o indivíduo possa escolher o melhor e não por medo de se limitar a sobreviver e não viver.

O discurso médico normalizador interfere na vida do indivíduo, tentando impor uma conduta, julgando e qualificando a melhor moral que nasce dele e serve para a sua legitimação. O discurso médico age sobre um corpo expropriado e não sobre um corpo social, colocado dentro de uma realidade de relações sócio-culturais.

Tuberculose, do grego *phthinein*, significa consumir, é considerada uma doença social e o Estado se compromete ao controle e ao custo do tratamento. Apesar dos avanços no campo técnico e científico da medicina, a tuberculose permanece como um grande problema de Saúde Pública em todo o mundo. Tendo sido relevada a um plano sem importância, como um problema solucionado pelos países desenvolvidos, já que se dispunha de método de diagnóstico, prevenção, e um tratamento de alta eficácia, passou a ser considerado uma questão dos países sub-desenvolvidos, ligados às questões políticas-sociais. Mas na década de 80, surge um novo e grave evento, a endemia da AIDS, e os países desenvolvidos se deparam com uma tendência inversa da tuberculose com a possibilidade de verem reeclodir a doença, decorrência da concomitância comum entre as duas endemias. A questão da tuberculose volta a ocupar o espaço internacional com

recursos para estudos, discussão nos Congressos Internacionais, frente a fragilidade do homem para esta infecção (tuberculose), no qual um desequilíbrio no sistema imunitário de um indivíduo (diabetes,, câncer, outras) ou de um grupo frente a uma nova posologia pode quebrar toda a estabilidade que acreditavam haver alcançado.

Com o tratamento de curta duração, seis meses de tratamento, totalmente oral, menos tóxico que os anteriores, mas nem por isso deixando de apresentar efeitos colaterais e intolerâncias das mais variadas e bastante freqüente, é necessário uma disciplina do doente nas tomadas das drogas, pois se não fizer o tratamento correto estará fadado ao fracasso com agravamento do prognóstico. O esquema de tratamento é ótimo, mas o doente também tem que ser ótimo para tolerar os efeitos adversos, visita ao médico mensal ou muitas das vezes recebendo somente a medicação por falta de médico, greves freqüentes, e quando não se depara com a falta de drogas para o tratamento específico sendo obrigado a interromper o tratamento, por vezes mais que uma.

Após a implicação deste esquema no Brasil, a questão social foi considerada de pouca importância para a redução do problema no nosso meio. Enquanto as melhorias sócio-econômicas reduzem o problema em 5% ao ano, à busca e tratamento dos casos levam uma redução de 8-9% ao ano. Porém isto só ocorreria se todos os níveis do programa fossem cumpridos, desde a descoberta dos casos à garantia do uso da medicação. Mas outros fatores interferem para que este rendimento não seja alcançado: problemas ligados a estrutura, organização e políticos dos serviços de saúde e os problemas ligados ao próprio doente. Os problemas ligados ao serviço de saúde seriam - baixos salários, técnicos desqualificados, más condições de trabalho, sem recursos

necessários para um diagnóstico correto e rápido, falta de medicação específica entre outras causas; e os problemas ligados ao próprio doente como fatores que agravam a doença (desnutrição, alcoolismo, verminoses, como a esquistossomose), falta de recursos para locomoção, falta de confiança nos serviços de saúde ou seja fatores que dependem da política de saúde e das melhorias sócio-econômicas.

O que vivenciamos é uma cadeia que não se encaixa, com falta de um diagnóstico confiável, falta de medicação, constatando que o avanço técnico tem pouca chance de sucesso se não acompanhado de melhorias reais de qualidades de vida da população, e o verdadeiro compromisso do Estado no cumprimento de suas responsabilidades.

2. Medidas de Controle da Tuberculose no Brasil: Histórico

Até 1920, as medidas de controle da tuberculose foram marcadas pela omissão do Estado. As ações eram individuais, médicos e professores, que fundaram as Ligas Contra Tuberculose e pressionavam a participação do governo. Já em 1835, os discursos médicos da Academia Imperial, chamavam a atenção para a mortalidade desta doença, responsável por 14,4% da mortalidade geral do Rio de Janeiro ². A base do tratamento, fundado na transmissibilidade da doença, higiene-dietético: aeração, alimentação e regime conveniente de trabalho em sanatórios, contava com os leitos hospitalares, como uma ferramenta indispensável, para o isolamento dos doentes dos sãos, evitando a disseminação da doença e dispensar o tratamento ³. A imprensa fazia duras críticas ao programa de combate à doença de Oswaldo Cruz, considerando a tuberculose como um problema social, ligado a miséria e não um problema médico, além do que a

tuberculose não entrava em contradição com a estrutura produtiva, atrasada e dependente da formação social ⁴. Os discursos médicos eram contundentes, considerando a tuberculose uma epidemia devastadora e mais mortífera que a varíola, que se apresentava em surtos:

"..., a peste branca, como se chamou a tuberculose, devasta a nossa população sem descanso de um dia, de um mês, de um ano, e perfeitíssimo é o cálculo, alhures feitos, de que a cada 3 horas, dia e noite, todo o ano, morre de tuberculose 1 habitante da cidade." (Plácido Barbosa) ⁵.

Em 1920 é criado o primeiro órgão público responsável pela tuberculose. Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, IPT, ligado ao Departamento de Saúde Pública. A direção era de Plácido Barbosa, que criou um plano com 3 objetivos básicos: encontro e procura da tuberculose contagiosa, tratamento e isolamento da tuberculose e destruição de focos infectantes ⁵.

Cria-se dispensários com visitadoras domiciliares, registro central dos casos e propaganda, entretanto os hospitais eram considerados essenciais para o desenvolvimento do programa, pois sem estes os dispensários falhariam no objetivo profilático.

Da criação do IPT ao Serviço Nacional de Tuberculose, SNT, 1941, a Campanha Nacional Contra a Tuberculose, CNCT, 1946, planos foram propostos, verificando-se a necessidade de inquéritos epidemiológicos para um planejamento perfeito da campanha de profilaxia, pois levaria a um conhecimento da extensão das fontes de contaminação; o tratamento deveria ser o mais precoce, melhorando o prognóstico, e evitando a resistência dos infectados; proteção dos receptíveis, contra as contaminações, através da vacinação e

profilaxia, a obrigatoriedade do exame radiológico periódico e por falta ao trabalho, a obrigatoriedade da vacina BCG oral. Mas pouco foi alcançado devido as dificuldades operacionais, administrativas e políticas. A questão principal, para se alcançar um bom desempenho das ações, foi colocada na falta de leitos disponíveis à todos os doentes, então foi proposto a criação de um leito por óbito de tuberculose ocorrido, pois a mortalidade por tuberculose era o melhor indicador neste período. A proposta foi equivocada, pois na Europa já há muito, foi verificada a inviabilidade econômica e administrativa desta medida ^{7, 8}. Grave era a situação epidemiológica na década de 40, com uma mortalidade de 300/100000 habitantes, em 8 cidades. A profilaxia foi considerada ineficaz por falta de critérios uniformes, insuficiente de verbas e deficiência do aparelhamento. (1945, III Conferência da Sociedade Brasileira de Tuberculose, SBT).

A falta de viabilidade de construir 1 leito/óbito foi verificado pela SBT, sendo considerado o tratamento dispensarial o principal meio de ação na luta contra a tuberculose, 1947 ⁹. Os resultados dos inquéritos realizados em Madras, Índia, 1956, demonstrou a eficácia do tratamento ambulatorial, sem aumentar o risco de infecção domiciliar, o que possibilitaria programas nacionais de larga escala ¹⁰. Porém a CNCT, seguiu lado oposto, criando leitos em todo o país, com um incremento no período de 1946-1950 de 305% ¹¹.

Com o advento das drogas para o tratamento da tuberculose, primeiramente estreptomicina (SM), em 1944, e posteriormente muitas outras, com destaque o ácido paraaminosalicílico (PAS), 1949, e a insoniazida (INH), 1950, foi possível associações que culminaram com o mais perfeito instrumento da terapêutica anti-tuberculose, o esquema

tríplice - SM + PAS + INH, podendo evitar a emergência de bacilos resistentes, garantindo maior taxa de cura. O otimismo com a quimioterapia era grande:

"Só não se cura de tuberculose ou quem não quer ou quem não pode."
(Aloysio de Paula) ¹³.

Permaneciam os problemas sociais, surgindo um novo personagem: o doente não colaborador ¹³. Neste período a base do tratamento era a internação e a quimioterapia. A mortalidade no período de 1950 a 1954 reduziu a 51,5%, a incidência em 22,4% no mesmo período e de 3,4% nos 4 anos seguintes. A prevalência era de 500/100000 habitantes. Depois de 1954 dominou de modo geral a tendência do estacionamento da queda destes indicadores. Em 1956, apesar do aumento efetivo dos leitos a disponibilidade era menor em virtude do aumento do tempo médio de permanência pela falta da ação dispensarial no diagnóstico e tratamento precoce. Esforços são desenvolvidos pela CNCT, no sentido de aparelhar os dispensários e aumentar o número, interiorização com unidades móveis e aumento do número dos leitos através da conclusão de hospitais em obra, e o aumento do rendimento dos leitos existentes ¹⁴.

Foram apontados como fator causal, para o agravamento da situação epidemiológica, os baixos padrões de vida da população. Antes do benefício da quimioterapia, a melhoria das condições sócio-econômicas nos países desenvolvidos, levou a uma marcada redução da mortalidade ¹⁵. No Brasil pode-se verificar uma queda da mortalidade, entre 1860 e 1900, coincidindo com o apogeu da economia cafeeira, mas a mortalidade por tuberculose só era ultrapassada por ocasião de surtos epidêmicos da febre amarela, varíola e peste. Eventos como a

criação da radiologia, serviços de profilaxia da tuberculose, aplicação de vacina BCG não influenciou na redução da mortalidade¹⁶.

Após a redução na fase inicial do tratamento quimioterápico, a curva da mortalidade por tuberculose era estacionária, número de curas muito baixas, as taxas eram inferiores a 20%, os hospitais permaneciam com leitos bloqueados com crônicos incuráveis e 75% dos óbitos hospitalares ocorriam nos primeiros meses de internação, com um custo muito alto para resultados tão ruins. Por sua vez os dispensários não desempenhavam seu papel no diagnóstico precoce, 47,5% dos doentes apresentavam formas avançadas da doença, seu rendimento era ruim e contribuía mais para o aumento de crônicos resistentes às drogas. A resistência é o novo problema que se depara no final da década de 50, somando aos anteriores, não ainda solucionado¹⁷.

No final da década de 50 a Comissão Técnica da CNCT, criada em 1954 e extinta em 1976, substituída pelas Comissões de Peritos a partir de então, propôs normas padronizadas para o funcionamento dos dispensários, a fim de exercer atividades profiláticas específicas como descobrir infectados e suspeitos de tuberculose, diagnosticar e tratar os doentes, além da coleta de dados de registros para a avaliação das atividades e o conhecimento da magnitude do problema¹⁸.

Se agrava a situação referente aos resistentes, e a melhor maneira de se combater, reduzindo o estoque de crônicos, era através de um tratamento correto para os doentes que o fizessem pela primeira vez. As drogas chamadas de segunda linha eram menos eficazes, mais tóxicas, com maior custo e o tratamento teria que ser hospitalizado na sua totalidade. Diante deste quadro, no início

da década de 60, a Comissão Técnica da CNCT, propõe um esquema padronizado de 18 meses de tratamento (19). O doente ficaria internado os três primeiros meses de tratamento, garantindo uma associação de drogas corretas, doses suficientes, regularidade na administração e orientação. Esperava-se que com estas medidas a ação dos dispensários seria facilitada após a alta do doente. (O esquema adotado era: 3-6 SM+INH+PAS/12 INH+PAS/6 INH)²⁰.

Em 1965, com os resultados do estudo de quimioterapia realizado pela União Internacional Contra a Tuberculose, do qual o Brasil foi um dos países participantes o tratamento foi reduzido para 12 meses, o que reduziria o custo do tratamento possibilitando alcançar um maior número de pessoas com os recursos disponíveis. (3 SM+INH+PAS/3 INH+PAS/6 INH)²¹. Para anular fontes de infecção foi recomendado a prova tuberculínica, abreugrafia e o exame do escarro²². Em 1964, adotando a recomendação da OMS, oitavo informe, a baciloscopia assume importância para o diagnóstico da tuberculose em detrimento da abreugrafia, esta apontava uma margem de erro no diagnóstico de cerca de 50%, pois este exame apresenta alta sensibilidade, porém baixa especificidade. Seguindo então a orientação da OMS, caso de tuberculose para fins epidemiológicos, seriam os confirmados bacteriologicamente.

Os dados de informação disponíveis no país não eram representativos, pois não contavam com a participação dos serviços gerais de saúde e do INPS. Mesmo assim, o que existia de informação mostrava uma situação grave, apesar das medidas adotadas. A mortalidade declinava lentamente, com uma redução no período de 1960 a 1969 de 44,4%; e o coeficiente de incidência de 60/100000 habitantes. No mesmo período a redução dos doentes existentes foi de 34,4%, com mais de

100000 doentes matriculados. O uso dos esquemas terapêuticos continuava inadequado e como conseqüência, a resistência bacteriana chegava a 34% a duas ou mais drogas, e a taxa de abandono alta, indicando mais uma vez que os serviços para o tratamento eram insuficientes e continuavam a ter um baixo rendimento quanto ao diagnóstico e tratamento²³.

As questões técnicas estavam equacionadas, todo o "arsenal de combate" estava disponível: baciloscopia para o diagnóstico, maior rendimento, fácil operacionalização e menor custo; esquema de drogas adequado quanto a associação e doses; para a prevenção contava-se com a vacina BCG oral e a quimioprofilaxia, além dos leitos hospitalares para o isolamento dos doentes. Seria necessário para melhor atuação do programa a integração de todos os serviços de saúde, principalmente do INPS (1970-74), o que era impedido pelos fatores políticos, administrativos e econômicos. Apesar dos fatores sócio-econômicos continuarem como um importante agravador de disseminação da tuberculose, acreditava-se que as ações técnicas, quimioterapia principalmente, poderiam suplantar as dificuldades decorrentes daqueles. Mas uma população empobrecida, sem perspectiva de melhorias da qualidade de vida tem uma política de Estado de pouco interesse para as questões sociais, saúde e educação. Se por um lado se oferece diagnóstico e tratamento é preciso garantir o acesso dos doentes a estas técnicas e para isso é necessário uma estrutura de saúde onde relação serviço x demanda seja estabelecida de fato, através da credibilidade, supervisão, busca dos faltosos, um sistema de referência operante quando necessário, e apoio aos problemas sociais como alcoolismo, desnutrição e desemprego.

No II Plano Nacional de Desenvolvimento, 1975, foi considerada a tuberculose como uma ação de saúde de

prioridade e incluído o Programa Nacional Contra a Tuberculose (PNCT), significando uma participação mais efetiva do Estado. Entendia-se como PNCT um conjunto de ações integradas nos diferentes níveis do governo, com a participação da comunidade, visando reduzir a mortalidade e a morbidade, os problemas sócio-econômicos, e o sofrimento humano causado pela doença, mediante o uso adequado dos conhecimentos técnicos e científicos. Esperava-se uma redução de 5% da incidência anual da tuberculose ²⁴.

Em 1971 e 1973 foi medido o risco de infecção por tuberculose nos escolares e determinado um risco de 1,5%, situação que colocava o país entre os de alta prevalência para tuberculose, para um risco de infecção de 1% esperava-se uma incidência de 50-60/100000 habitantes, o risco de infecção é considerado um dos melhores indicadores para se conhecer a situação da tuberculose. Comprovou-se mais uma vez a gravidade da situação epidemiológica da tuberculose ²⁵.

Para atingir a redução proposta no PNCT as medidas adotadas seriam:

- . Prevenção: vacina BCG e quimioprofilaxia;
- . Diagnóstico: baciloscopia e teste tuberculínico;
- . Tratamento: padronizado, simplificado e gratuito.

Foi dado o início da globalização do programa, em âmbito nacional com a participação do Ministério de Previdência e Assistência Social ²⁶. A CEME garantiria a aquisição e distribuição das drogas, retirando-as do comércio para o controle de todos os casos. Outra medida foi a redução dos leitos hospitalares, pois consumiam 70% dos recursos disponíveis. No final da década de 70, início da de 80, os leitos foram reduzidos em 78,3% e recomendado que apenas emergências como meningite tuberculosa, intercor-

rência clínica e cirúrgica e situação social grave, seriam motivos para internação.

Com a participação das Secretarias de Saúde e do MPAS criou-se um sistema de informação centralizado que possibilitaria o registro de informação centralizado que possibilitaria o registro de todos os casos da doença e avaliações epidemiológicas para determinar a verdadeira magnitude do problema, dando subsídios para um melhor direcionamento das ações de controle ²⁷.

Um novo tratamento foi padronizado para o país. Após a comprovação da eficácia do esquema de curta duração, por 6 meses de tratamento, com a associação da rifampicina (RMP), isoniazida (INH) e pirazinamida (PZA) o país o adotou. Apesar do alto custo deste esquema, foi possível devido a disponibilidade dos recursos que até então eram gastos com os hospitais ²⁸.

A prevenção até então feita com GCG oral foi substituída pela via intradérmica, e tornou-se de obrigatoriedade em todos menores de 1 ano de idade. Foi determinada, esta vacina, como de grande importância para os países de alta prevalência, na prevenção das formas disseminadas ²⁹.

Parecia tudo solucionado: o melhor método de prevenção disponível, o tratamento era o que havia de melhor e mais eficaz, com uma distribuição gratuita a todos os doentes garantindo uma uniformidade de norte a sul, e um sistema de informação único e ascendente, possibilitando tomada de decisões nos diferentes níveis da atenção de saúde. Diante destas medidas novos problemas surgem, sendo o mais grave, a irregularidade na distribuição dos quimioterápicos, além da redução dos treinamentos, da supervisão e avaliação, resultantes da falta de definição do papel das novas estruturas frente a reforma

sanitária. Junto a estes problemas relacionados diretamente ao programa de controle da tuberculose, um novo e grave vem se somar a estes, a epidemia da AIDS. A história começa novamente a se repetir: um sistema de informação com dados questionados quanto a sua validade, olha-se com desconfiança para as avaliações que apontam uma tendência de redução da mortalidade e da incidência da tuberculose. A taxa de abandono do tratamento é alta com incapacidade para reduzi-la; novo estoque de crônicos começa a ser armazenado, decorrente da irresponsabilidade do Estado na garantia de manter o estoque de drogas, pela compra e sua distribuição a rede de saúde pública, levando os doentes ao uso irregular das drogas, e a falta de opções para o tratamento destes casos. Primeiro decorrente da impossibilidade de acesso a outras drogas não disponíveis no mercado nacional, em segundo lugar, com o que existe, prescrever um esquema adequado. A situação de falta de drogas iniciada em torno de 1985, atinge a um ponto crítico no final de 80 e início dos anos 90. A situação é dramática ficando os doentes por vários períodos sem tratamento.

Em 1990 a CNCT é extinta, junto a outras medidas políticas e todo um sucateamento do Ministério da Saúde, extinguindo as Divisões, entre elas e a Pneumologia Sanitária que tinha ações conjunta com a CNCT. O PNCT passa atuar em uma das gerências da Fundação Nacional de Saúde, criada após a extinção e fusão da antiga Fundação SESP e a SUCAN; além do PNCT absorveu também os programas ligados a antiga Divisão de Dermatologia Sanitária.

As questões são bastante respectivas durante tantos anos. Os discursos e as propostas técnicas foram os mais corretos para cada época, mas sempre bateram de frente com as questões sócio-econômicas e políticas adminis-

trativas do país.

Verificamos um grande otimismo no início dos anos 80, com a descoberta das drogas e no início dos anos 80, com a possibilidade da utilização do melhor esquema terapêutico, além das outras medidas técnicas e administrativas adotadas, poderiam reduzir as taxas de morbidade da tuberculose, com o controle do problema no país por si só. Os técnicos envolvidos com o problema desde os primórdios, buscaram uma coerência das medidas, o que não significou seguir uma mesma diretriz, pois muito se foi e muito se voltou, mas uma coerência determinada em conhecer e resolver os problemas mas sempre esbarrando nas dificuldades políticas de saúde e social que criam decretos, emperram numa burocracia ineficiente e negligente, impedindo que as ações de saúde possam realmente serem executadas.

ANEXO I

Marcos Históricos:

- . 1862 - Teoria de Pasteur
- . 1865 - Jean Antoine Villemain: demonstrou que o escarro de um tuberculoso, quando inoculado experimentalmente poderia infectar.
- . 1882 - Sociedade de Filosofia de Berlim. Robert Koch - confirma o descobrimento de Villemain, anuncia o descobrimento do bacilo.
- . 1890 - Koch descobre a tuberculina: "fenômeno de Koch".
- . 1808 - Fundada a Academia Médica e Cirúrgica que em 1832, se transforma na Faculdade de Medicina.
- . Santa Casa - fundada em Portugal em 15/08/1498 por Frei Muiguel de Contreiras, sob proteção de D. Leonor de Lancastre, viúva de D. João II. Em 1543 fundada em Santos, 1549 na Bahia e em 1570 no Rio de Janeiro.
- . 1895 - Wilhelm Konrad Roentgen

descobre o Raio X.

- . 1899 - I Liga Brasileira Contra Tuberculose São Paulo e no Rio de Janeiro. Em 1936 a do RJ é transformada na Fundação Ataulfo de Paiva.
- . 1907 - Oswaldo Cruz, Diretor Geral de Saúde Pública, propõe ações contra a tuberculose.
- . 1907 - Plácido Barbosa inaugura o dispensário Azevedo Lima, no RJ, na Liga. Plácido Barbosa em muito contribuiu na luta contra a tuberculose em participação em estudos de aspectos médicos das atividades de pesquisa e dos esforços de desenvolvimento institucional na área de saúde pública. Em 1896, se destacou com a tese inaugural para a Faculdade de Medicina, RJ, "Necessidades no Diagnóstico Bacteriológico na Clínica", onde chama à atenção para a confirmação bacteriológica.
- . 1912 - autorizado a Carlos Seidl a construção do Hospital São Sebastião, RJ.
- . 1917 - Plácido Barbosa publica o Plano de Combate a Tuberculose.
- . 1920 - Carlos Chagas cria Departamento Nacional de Saúde (DNS).
- . 1920 - Criado a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, ligado ao DNS. O primeiro diretor foi Plácido Barbosa.
- . 1921 - Criado o primeiro dispensário de saúde pública em Botafogo, RJ, seguido em outros bairros no RJ.
- . 1926 - Clementino Fraga assume o DNS e é criado o primeiro curso de especialização da tuberculose.
- . 1925 - Arlindo de Assis inicia os estudos com o Bacilo Calmetti-Guerrin, BCG, enviado por Julio Elvio Moreau, uruguaio, estagiário do Instituto Pasteur.
- . 1927 - A Liga Brasileira Contra a Tuberculose inicia a vacinação com BCG em crianças.
- . 1930 - Desastre de Luebeck, decorrente de um erro do laboratório, várias crianças vacinadas morreram.
- . 1934 - criado o Ministério de Educação e Saúde. O Departamento Nacional de Saúde Pública passa ser o Departamento Nacional

de Saúde e Assistência Médico Social.

- . 1935 - Os centros de saúde nas diversas capitais incluem a tuberculose como uma de suas ações.
- . 1936 - João de Barros Barreto realiza o programa para a realização de uma campanha contra tuberculose.
- . 1938 - João de Barros Barreto, diretor do DNS propõe um programa mínimo que consistia no preparo dos técnicos, instalações de sanatórios e dispensários e vacina BCG, além de apontar uma necessidade da realização de um inquérito epidemiológico no país.
- . 1938 - Decreto número 9247, 17/6/38, reformulado os serviços de saúde, sendo criado a Divisão Técnica e nesta subordinada a Divisão de Tuberculose.
- . 1941 - Decreto 3171, de 2/4/41, é criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), regulada pelo decreto 13067, de 2/8/43.
- . 1943 - Inicia construção de pavilhões anexos aos hospitais gerais, o censo torácico tuberculínico, e o curso de aperfeiçoamento e especialização em tuberculose.
- . 1944 - Descoberta a Estreptomina.
- . 1946 - Campanha Nacional Contra Tuberculose. Pelo Decreto 9387, de 20/6/46.
- . 1948 - Eurico Gaspar Dutra, lei 484, dispunha sobre a vacina BCG.
- . 1950 - criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, SUSAs, posteriormente Unidade de Atendimento Especial, UAE. Noel Nunes um dos responsáveis por este programa de interiorização, junto com José Antônio Nunes de Miranda. Iniciou o trabalho com as populações rurais e posteriormente concentrando as suas atividades nas populações indígenas. Foi extinta em meados de 80. (Portaria 105.2/5/50). As atividades só tiveram início em 1952.
- . 1951 - Lei 1532, entre a SNT e os Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões para combate da tuberculose.
- . 1952 - Convênio entre a SNT e a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública,

FSESP, esta foi fundada em 1942.

. 1953 - Desmembramento da saúde do Ministério da Educação e Saúde, criado o Ministério da Saúde.

. 1954 - Criada a Comissão Técnica da CNCT, portaria 68,20/10/54.

. 1964 - Oitavo Informe da OMS - definição de caso de tuberculose, para fins epidemiológicos, os confirmados bacteriologicamente.

. 1970 - Criada a Central de Medicamentos, CEME.

. 1970 - Substituição da SNT pela Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, Decreto 66623, 20/5/70.

. 1972 - Convênio da DNPS - CNCT/MS com INPS e concluída a participação deste em todo país em 1979.

. 1973 - A vacina BCG por via oral é substituída pela via intradérmica.

. 1975 - Implantação do Programa Nacional Contra Tuberculose, Ministério da Saúde, DNPS/CNCT.

. 1976 - Torna-se obrigatória a vacinação BCG em menores de 1 ano de idade, em todo país. Portaria 452.6/12/76.

. 1978 - Padronizado o esquema terapêutico de curta duração, de 6 meses, com da rifampicina, isoniazida e pirazinamida.

. 1982 - Unificação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, com a participação de todas Instituições governamentais.

. 1990 - Extinta a CNCT.

. 1990 - Extinta a DNPS.

ANEXO II

Cronologia da Descoberta das Drogas Contra Tuberculose

. 1940 - descoberta do efeito bacteriostático das sulfonamidas no cobaio infectado com o bacilo da tuberculose.

. 1944 - Kaksman isola a estreptomina (SM) do *Streptomyces griseus*. Demonstrado seu efeito na tuberculose, por Him Shaw e Feldman.

. 1949 - descoberto o ácido para aminosalicílico (PAS) eficaz principalmente às estirpes resistentes a SM.

. 1950 - Descoberta a atividade bactericida da isoniazida (INH), sintetiza 40 anos antes.

. 1950 - Tiossemicarbazonas

. 1951 - Viomicina e Terramicina

. 1952 - Pirazinamida

. 1955 - Ciclossírina

. 1956 - Etionamida (ETH)

. 1957 - Canamicina e Rifampicina

Drogas de primeira linha: INH, PAS, SM, RMP, EMB

Drogas de segunda linha: ETH, PZA, Ciclosserina, Viomicina, Caapreomicina, Canamicina, Protionamida, Tiacetazona, Morfazinamida, Terizidona, Tiocarbamilamida.

. Após 1978 as de primeira linha são: Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida, as outras todas são consideradas de segunda linha (30):

ESQUEMAS PADRONIZADOS NO BRASIL:

1. Primeiro Esquema Padronizado, 1965, pela Comissão Técnica da CNCT ³¹.

Tempo de tratamento de 18 a 24 meses:

MESES **DROGAS**

3 a 6 - estertomicina (SM) + Isoniazida (INH) + PAS

12 - isoniazida (INH) + PAS

6 - isoniazida (INH)

2. Segundo Esquema padronizado, 12 meses de tratamento ³².

MESES **DROGAS**

3 SM+INH+PAS

3 INH+PAS

6 INH

2.1. Outros Tratamentos ³³.

. Tratamento para resistência bacteriana:

MESES **DROGAS**

4 etambutol+etionamida+pirazinamida
EMB ETH PZA

8 EMB + ETH ou PZA

. Intolerância ao PAS, substituído por EMB.

. Esquema opcional por motivos econômicos:

MESES **DROGAS**

1 INH+SM+tioacetazona

11 INH+tioacetazona (TB1)

3. Esquema padronizado e normalizado

em 1978 ³⁴.

MESES

DROGAS

2 rifampicina(RMP)+INH+PZA
4 RMP+INH

ANEXO III

Mortalidade por Tuberculose

1. Mortalidade/tuberculose. Rio de Janeiro ³⁵.

ANO **Número de Casos**

1855 1369

1856 1277

1857 1280

1858 1418

TOTAL 5344

Mortalidade Geral: 1855-1858 - 37728

Mortalidade por Tuberculose: 1855-1858 - 14,4%

2. Mortalidade/tuberculose, RJ, 1931³⁶.

População no RJ - 1525689

Mortes/tuberculose - 4812 - 3,2/1000 habitantes

3. Estudos Sobre os Negros no Distrito Federal, RJ ³⁷.

Coefficiente de mortalidade infantil/100000 hab.

brancos - 93,2

negros - 205,4

Coefficiente de mortalidade/tuberculose/100000 hab.

brancos - 237,2

negros - 510,0

4. Redução da mortalidade por tuberculose, 1950-54, após a quimioterapia ³⁸.

1951 para 1952 - redução de 27,5%

1952 para 1953 - redução de 33,4%

Coefficiente de mortalidade/tuberculose/100000 hab.

1951 - 168,2

1953 - 81,2

GRÁFICO I

MS

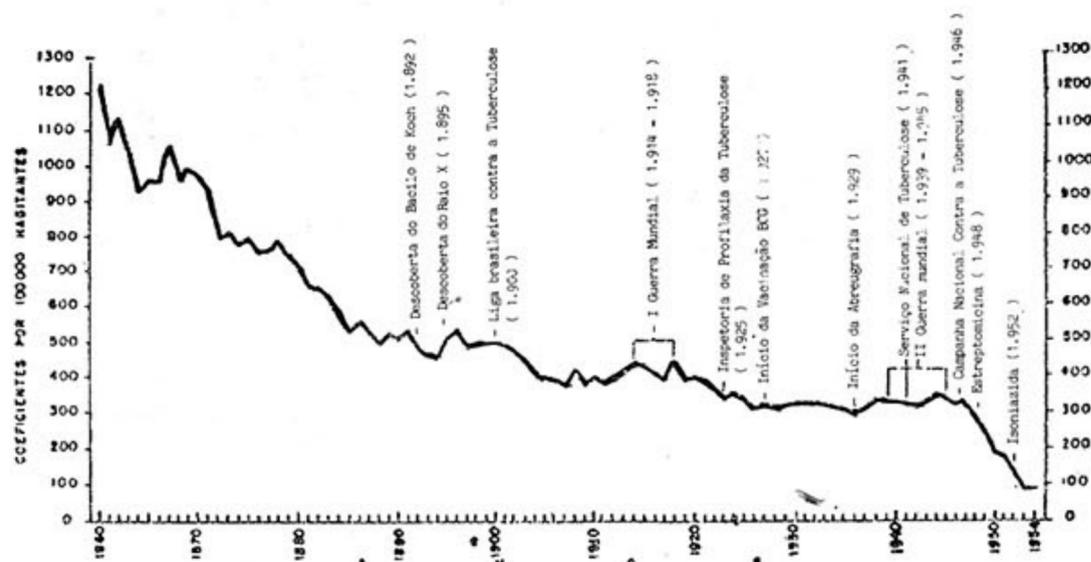
S.M.T.

Q

MORTALIDADE POR TUBERCULOSE (TODAS AS FORMAS)

COEFICIENTES POR 100.000 HABITANTES

DISTRITO FEDERAL - 1860 - 1954



FONTE: Lourival Ribeiro. A Luta Contra a Tuberculose no Brasil Pg. 49

GRÁFICO II

M.S.

S. N. T.

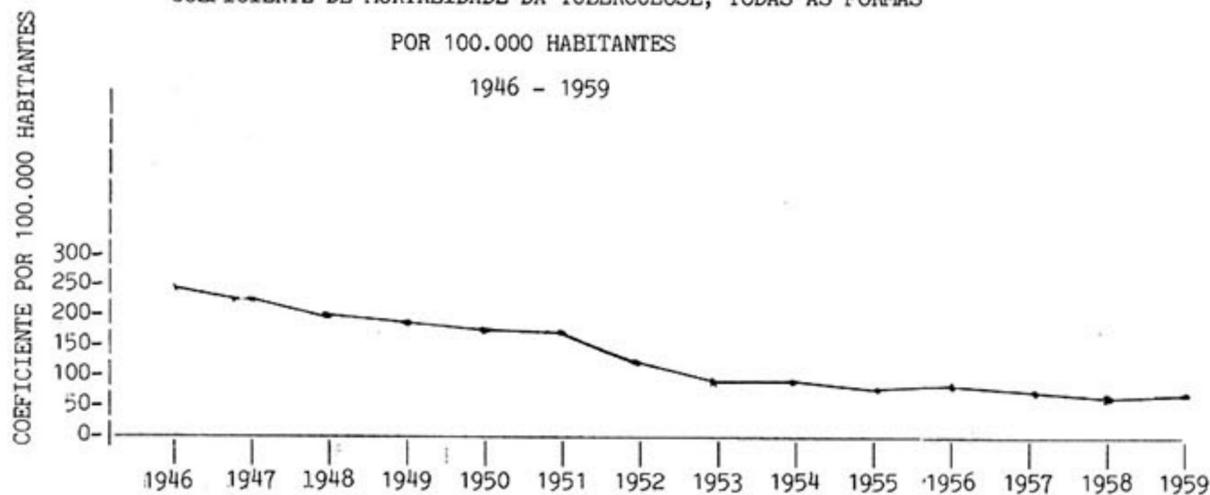
D.N.S.

BRASIL (*)

COEFICIENTE DE MORTALIDADE DA TUBERCULOSE, TÔDAS AS FORMAS

POR 100.000 HABITANTES

1946 - 1959



(*) - Dados relativos às 21 capitais dos estados, incluindo Rio de Janeiro.

Fonte : Rev. SNT 4 (15)

ASMA BRÔNQUICA



**ÚNICO MEDICAMENTO QUE PREVINE E TRATA
O BRONCOESPASMO.**

APRESENTAÇÃO:

TEOFILINA BERMÁCIA RETARD — CAIXAS COM 20 CÁPSULAS DE LIBERAÇÃO PROGRAMADA.
TEOFILINA BERMÁCIA SOLUÇÃO — FRASCOS CONTENDO 210ml



CIA. INDUSTRIAL FARMACÊUTICA
Rua Figueira de Melo n.º 301 - Rio de Janeiro



clenil

BECLOMETASONA 250 mcg. dipropionato

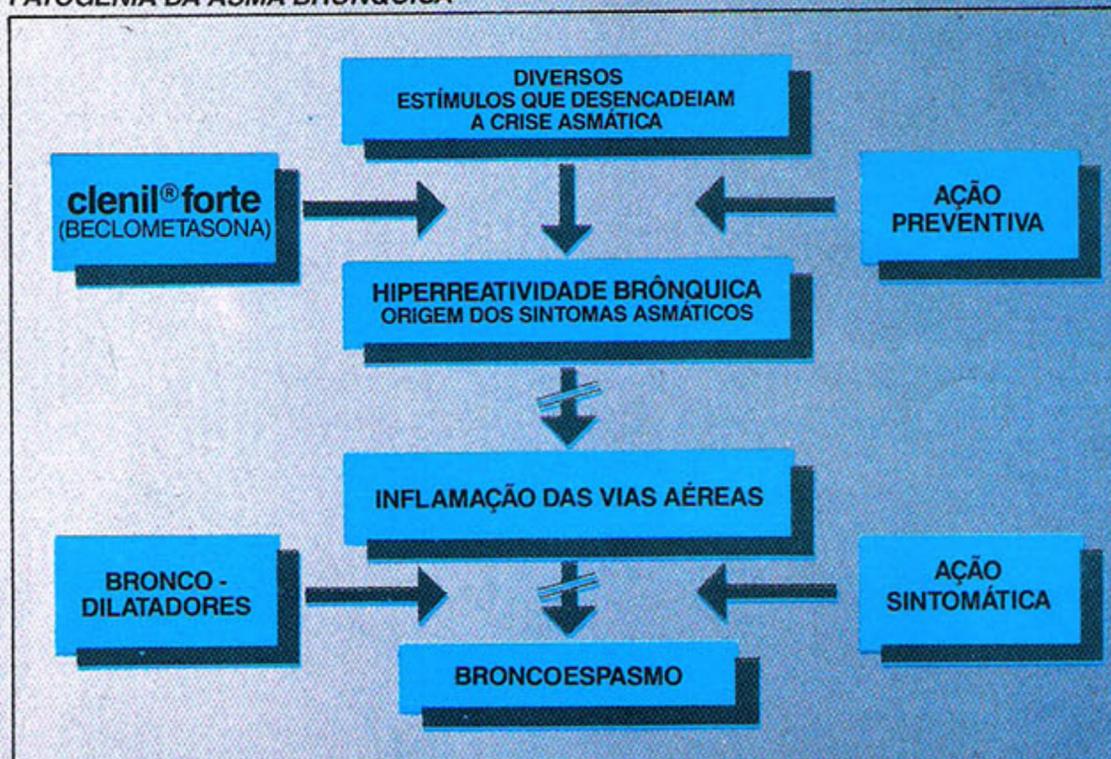
O aumento da dose diária do dipropionato de Beclometasona proporciona um nítido aumento da melhora do quadro clínico dos pacientes asmáticos - Toogood e Col. - J. Allergy. Clin. Immunol. - 59(4), 298-308 - 1977.

Referências Bibliográficas

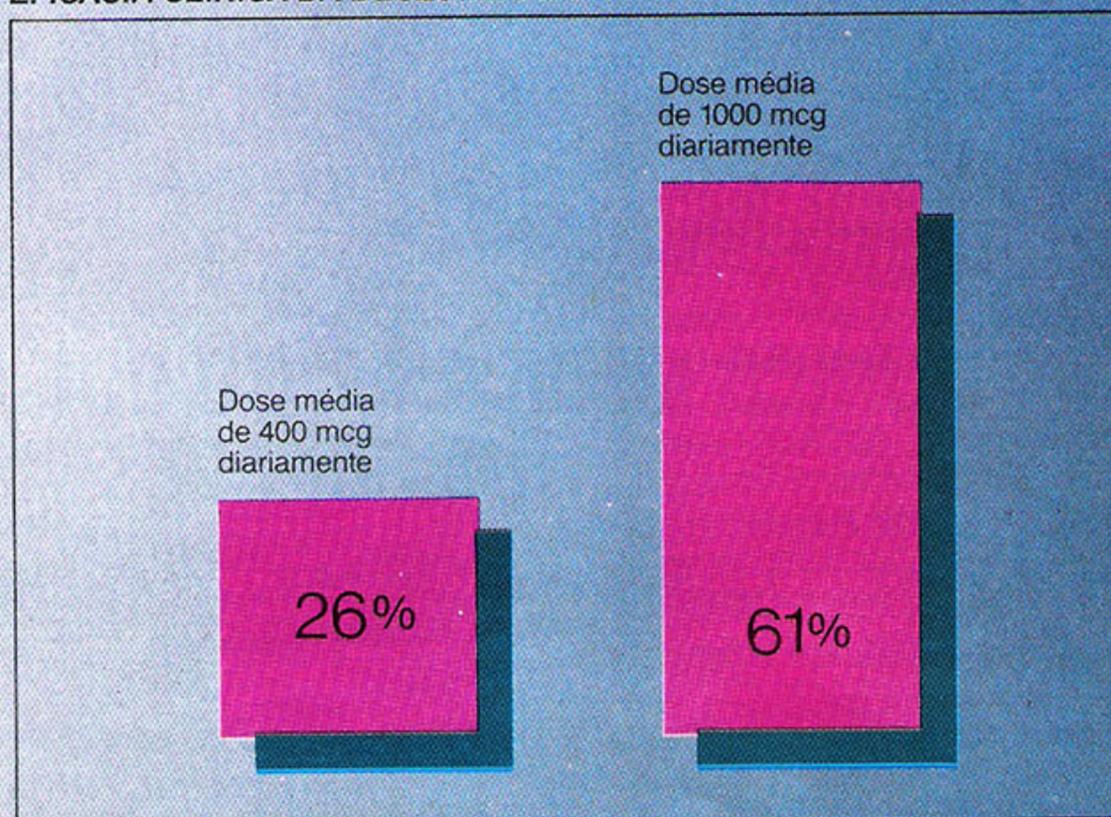
- 1 - Toogood J.H., Lefcoe N.M., Haines D.S.M., Jennings B.A., Errington N., Baksh L. e Chuang L. - A Graded Dose Assessment of the Efficacy of Beclomethasone Dipropionate Aerosol for Severe Chronic Asthma - J. Allergy. Clin. Immunol. - 59(4), 298-308, 1977.
- 2 - Smith M.J. - The Place of High - Dose Inhaled Corticosteroids in Asthma Therapy - Drugs 33: 423-429, 1987.
- 3 - Francis R.S. - Adrenocortical Function During High-Dose Beclomethasone Aerosol Therapy - Clinical Allergy - 14: 49-53, 1984.
- 4 - Smith M.J., Hodson M.E. - High - Dose Beclomethasone Inhaler in the Treatment of Asthma - The Lancet 1: (265-268), 1983.
- 5 - Francis R.S. - High - Dose Beclomethasone Aerosol for Severe Asthma - British J. Diseases Chest - 73(4): 424, 1979.
- 6 - Robertson A.S., Gove I.R., Wieland G.A., Sherwood Burge P. - A Double - Blind - Comparison of oral Prednisolone 40 mg/day with Inhaled Beclomethasone Dipropionate 1500 mg/day in Patients with adult onset chronic obstructive airways disease. European Journal of Respiratory Diseases - 69: 138, 1986.
- 7 - Taytard A., Guerin J.C., Godard Ph., Renon D., Henry-Amar M., Salmeron S. - High Doses of Inhaled Steroids Maintain the Benefit of a short course of oral Prednisolone in chronic asthma: A Double Blind Multicentric Study. American Review of Respiratory Disease - 135(4): 398, 1987.
- 8 - Editorial - High dose Corticosteroid Inhalers for Asthma. The Lancet 1: 23, 1984

À disposição da classe médica.

PATOGENIA DA ASMA BRÔNQUICA



EFICÁCIA CLÍNICA DA BECLOMETASONA EM ALTA DOSAGEM



forte

spray

INCLUIDO
NA LISTA DE
PRODUTOS
ESSENCIAIS
DA
O.M.S



- 1 - Eficácia comprovada cientificamente e substância universalmente aceita pelos especialistas.
- 2 - Obtendo-se resposta favorável em 4-7 dias, pode-se diminuir as doses, proporcionando uma redução global do quadro bronco-obstrutivo, com menor necessidade dos antiasmáticos de uso sintomático.
- 3 - Possibilita associação com os diversos medicamentos sintomáticos disponíveis: beta 2 estimulantes, teofilinas, inalações, etc.
- 4 - Utilização clínica documentada cientificamente.
- 5 - Efeitos colaterais limitados praticamente à candidíase oral e disfonia. Virtual ausência de efeitos sistêmicos.
- 6 - Menor incidência de efeitos colaterais em comparação aos corticosteróides administrados via oral, durante mesmo período.
- 7 - Nas doses recomendadas não inibe a função supra-renal, o que pode ocorrer com a corticoterapia sistêmica.
- 8 - Até hoje insuperável para o tratamento a longo prazo do paciente asmático. Não induz hábito ou dependência.
- 9 - A Beclometasona exerce seu efeito através da regularidade e manutenção da terapêutica, a longo prazo, efeito progressivo.

Tratamento padrão para melhor
qualidade de vida do asmático.

Farmalab

UMA EMPRESA DO GRUPO CHIESI

Normas para publicação

- 1.** Os trabalhos enviados à publicação na Revista PULMÃO-RJ, editoriais, conferências, artigos originais, relatos de casos, atualizações, ensaios terapêuticos e notas prévias — devem ser relacionados à pneumologia, inéditos ou originais e redigidos em português. Artigos em outros idiomas somente serão aceitos quando os autores forem estrangeiros ou, se brasileiros, estiverem radicados no exterior.
- 2.** A redação em português deve obedecer à grafia oficial, com a alteração ortográfica determinada pela lei número 5.765, de 18 de dezembro de 1971. As palavras peculiares à linguagem biomédica, não registradas no Pequeno Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa ou no Novo Dicionário Aurélio, devem seguir a orientação dos dicionários especializados. Os vocábulos da linguagem biomédica ainda não dicionarizados devem ser escritos segundo a grafia de uso mais generalizado, evitando-se, sempre que possível, os neologismos e estrangeirismos desnecessários, ainda não absorvidos pelo nosso idioma, assim como as palavras ou expressões mal formadas. A redação deve ser clara e concisa.
- 3.** Os trabalhos devem ser datilografados em espaço duplo, papel encapado, e **enviados em duas vias** (exceto ilustrações).
- 4.** Os artigos originais devem conter, sucessivamente, a) título, com tradução em inglês; b) nome(s) completo(s) do(s) autor(es); c) resumo em português, palavras chave, resumo em inglês, key words; incluindo obrigatoriamente os dados principais da metodologia, resultados e conclusões, sem ultrapassar o limite de 250 palavras, essa norma aplica-se também aos relatos de casos, ensaios terapêuticos e notas prévias; d) introdução, incluindo o objetivo do trabalho; e) material ou casuística e métodos, incluindo a estatística empregada, ou descrição do(s) caso(s); f) resultados; g) discussão ou comentários; h) resumo em inglês (summary); os trabalhos em outro idioma, que não o português ou inglês, devem conter, também, resumo no idioma original; i) agradecimentos, quando pertinentes; j) bibliografia; k) legendas, figuras e quadros
- 5.** É indispensável a citação, no rodapé, do Serviço no qual foi realizado o trabalho, bem como endereço para correspondência.
- 6.** As ilustrações — figuras e gráficos — devem ser apresentadas sob a forma de desenho a nanquim, ou fotografias, que permitam boa reprodução gráfica, e referidas em números arábicos. As respectivas legendas, numeradas, devem constar de folhas separadas, uma para cada ilustração. É indispensável que as ilustrações sejam mencionadas no texto, para melhor escolha do local onde devam ser intercaladas.
- 7.** Tabelas e quadros devem ser referidos em números romanos, seguidos dos respectivos títulos explicativos, e datilografados em folhas separadas do texto, no qual devem ter assinalado o local de entrada. As unidades utilizadas para exprimir as variáveis descritas devem figurar na parte superior de cada coluna e a identificação das abreviaturas no rodapé da tabela ou quadro. Em geral, tabelas e quadros têm finalidade de tornar o artigo mais conciso e, portanto, dispensam sua descrição no texto.
- 8.** Caberá ao Conselho Editorial julgar o excesso de ilustrações, tabelas e quadros, adequando-os às disponibilidades de espaço e devolvendo o trabalho para reformulação, quando necessário.
- 9.** As referências bibliográficas devem ser numeradas por ordem alfabética. Todas as citações mencionadas no texto devem ter sua correspondente referência bibliográfica e vice-versa.
 - a) As citações de artigos em revistas médicas consistirão de: sobrenome do(s) autor(es) (somente a inicial em maiúscula), seguido de inicial(is) do(s) prenome(s) em maiúscula, utilizando-se vírgula apenas para separar os nomes completos dos autores; título do artigo; nome da revista (abreviado segundo regras do World Medical Periodicals); número do volume, seguido de dois pontos; número da página inicial e final, seguido de vírgula; ano de publicação. Quando existirem duas ou mais revistas com o mesmo nome, indique-se, entre parêntese, o local de sua publicação. A citação do suplemento de determinada revista far-se-á com a abreviação (supl.), após o número do volume. b) A citação de livro deve incluir: autor ou editor(es), este seguido da abreviatura (ed), título do livro, número da edição (quando houver mais de um) e página inicial.
 - c) O capítulo de um livro deverá ser assim citado: autor(es), título do capítulo, ponto. Preposição In, seguida de dois pontos e da citação completa do livro de acordo com o item b).
- 10.** As cartas aos editores devem constituir num comentário ou crítica à metodologia, resultados, conclusões ou bibliografia, porém, não devem representar uma publicação em paralelo. A extensão da carta não deve ultrapassar três páginas datilografadas em espaço duplo e as citações bibliográficas, quando couber, limitadas a 10. A resposta do autor, ao qual a carta será submetida, deve obedecer às mesmas normas.
- 11.** Todos os artigos serão submetidos à apreciação do Editor, Conselho Editorial e um ou mais Revisores Científicos. Somente serão aceitos para publicação os que obedecem às presentes normas quer na apresentação, quer no conteúdo.
- 12.** O envio de matéria para publicação, desde que aceita, implica na transferência do copyright dos autores para a Revista PULMÃO-RJ recebendo o(s) autor(es) 2 (dois) exemplares da revista da PULMÃO-RJ no qual estiver publicado o seu artigo.
- 13.** Os originais somente serão devolvidos mediante solicitação do autor principal.

5. Coeficiente de Mortalidade, Número de óbitos por tuberculose, e população, todas as formas, em 21 capitais, com variação percentual. Brasil, 1960 a 1969 ³⁹.

Ano	População	N. Óbitos	Coeficiente /100000 hab	Variação %
1960	12625127	8732	69,2	-
1961	13099051	8947	68,3	-1,3
1962	13564975	8591	65,3	-7,3
1963	14034899	8418	60,0	-5,2
1964	14504823	7851	54,1	-9,8
1965	14974747	8046	53,8	-0,5
1966	15480671	7567	48,9	-9,1
1967	15914595	7117	44,7	-8,6
1968	16394007	7107	43,4	-2,9
1969	16883405	6498	38,5	-11,3

Nordeste 91,6/100000 habitantes

Sudeste 45,4/100000 habitantes

6. Taxa de Mortalidade de 1977-1987, por 100000 habitantes, por região fisiográfica ⁴⁰.

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
1977	9,21	6,40	8,73	6,98	3,22	7,44
1978	9,21	6,08	8,18	6,01	3,51	6,92
1979	8,07	5,67	7,32	4,95	3,46	6,25
1980	7,11	5,57	6,94	5,14	3,32	6,03
1981	6,41	5,08	6,21	4,08	3,81	5,40
1982	5,66	4,43	5,34	3,53	2,50	4,62
1983	5,53	4,49	4,70	3,35	2,77	4,35
1984	5,92	4,43	4,76	3,23	2,51	4,34
1985	4,80	3,91	4,15	2,36	2,11	3,79
1986	4,50	3,84	4,19	2,34	1,77	3,74
1987	4,22	3,34	4,19	2,94	1,67	3,59

ANEXO IV

Informação sobre Prevalência, Incidência e Risco de Infecção no Brasil, dados disponíveis.

1. Doentes matriculados de 1960 a 1969 ⁴¹.

Doentes matriculados -> 100000

1966 - 168591 matriculados

% doentes novos: 1965 - 30,9%

1968 - 40,1%

2. 1970 a 1974(42)

. Prevalência média de infecção ao entrar na escola: 12,8%

. Acréscimo anual de infectados: 2,6%

. Percentual de bacilíferos: 57,1%

. Coeficiente de mortalidade: 22,6%

. Taxa de abandono: 24,0%

. Frequência da resistência bacteriana adquirida: 22,1%

CHAMADA PARA TEMAS LIVRES

Comunicamos que o prazo para o envio de resumos de temas livres para o IV Congresso de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro e I Congresso Brasileiro de Endoscopia Respiratória, foi prorrogado, para o dia 20 de setembro de 1993.

Convidamos à todos os pesquisadores que enviem os seus trabalhos.

3. Prevalência da Infecção por Tuberculose, em Crianças de 6 a 9 anos, 1970-1973 ⁴³.

BRASIL	%	REGIÕES, 1970-73	%
1970	11,7	Norte	16,9
1971	12,2	Nordeste	14,2
1972	13,9	Sudeste	8,3
1973	8,1	Sul	6,7
		Cento-Oeste	7,9
		TOTAL	12,8

4. Número de Casos Novos de Tuberculose Notificados no Brasil, 1973 a 1979 ^{44, 45}.

ANO	NÚMERO	ANO	NÚMERO	ANO	NÚMERO
1973	45665	1978	57821	1983	86617
1974	46987	1979	65062	1984	88376
1975	53119	1980	70596	1985	84310
1976	51301	1981	86411	1986	83731
1977	54552	1982	87824	1987	81826

5. Casos de Tuberculose Notificados, Segundo o Resultado da Baciloscopia do Escarro, Brasil 1982-1990 ⁴⁶.

BACILOSCOPIA	NÚMERO DE CASOS	%
Positiva	412202	63,5
Negativa	137517	21,2
não realizada	98992	15,3
TOTAL	648711	100,0

6. Incidência da Tuberculose no Brasil, 1981 a 1990 ⁴⁷.

Ano	Coeficiente/100000 habitantes
1981	63,4
1982	70,4
1983	66,8
1984	66,7
1985	62,2
1986	60,2
1987	57,3
1988	56,2
1989	53,4
1990	48,2

7. Proposta de Styblo para classificação dos países de acordo com o risco de infecção e as estimativas das incidências e população de infectados por este mesmo indicador ⁴⁸.

RI %	Incidência /100000/ano		População Infectada %	
	Mening.	* Baar+	15 anos	30 anos
Países de Alta Prevalência				
6	30	360	60	86
3	15	180	36	60
1,5	8	90	20	36
Países de Baixa Prevalência				
0,75	4	45	11	20
0,38	2	22	6	11
0,19	1	12	3	6

* Meningite/tuberculose de 0 a 4 anos
Baar+ - exame direto do escarro positivo

Associe-se à Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro.

Sua Participação é fundamental.

ANEXO V

Leitos Hospitalares Específicos Para o Tratamento da Tuberculose

1. Número de Leitos Construídos no Período de 1946 a 1950, Brasil ⁴⁹.

LEITOS	1946			1950		
	TOTAL	CNCT		TOTAL	CNCT	
	N	N	%	N	N	%
Existentes	11672	2547	21,8	18277	6804	37,2
Construído ou Reforma	5120	2043	39,3	7489	7203	96,2
TOTAL	16792	4590	27,3	25766	14007	54,3
Projeto				2648	2210	83,4

2. Leitos existentes em 1969: ⁵⁰.

Total no Brasil: 25942

Do total destes leitos 18070 localizados na região Sudeste.

Da administração da SNT: 10,3%

3. Redução dos leitos para tuberculosos, de 1973-83 ⁵¹.

ANO	N Leitos	Redução
1973	25045	
1981	5216	
1973-1981		78,3%
1981-1983		51,8%

4. Número de Leitos, casos em tratamento e internações, Brasil, 1981 a 1987 ⁵².

ANO	N. Leitos	Tratamento	Internações	%
			N	
1981	5216	79986	17330	21,7
1982	4372	91076	20438	22,4
1983	4719	90756	20189	22,2
1984	3947	92819	17632	19,0
1985	3314	89164	15289	17,1
1986	2714	88248	13913	15,8
1987	2513	83327	10367	12,4

Referências Bibliográficas:

1. Foucault, Michel, História da Loucura, Editora Perspectiva SP, 1987, 551 pp.

2. Lourival Ribeiro. A Tuberculose no Tempo do Brasil Colônia. In A Luta Contra a Tuberculose no Brasil. Ed. Sul Americana. Rio de Janeiro. 1956. p. 13-50.402 pp.

3. Lourival Ribeiro. Op. cit, pg. 59-113.

4. Jaime Benchimol. Manguinhos: Um Retrato de Corpo Inteiro. Relatório de Pesquisa. Casa Oswaldo Cruz. Mimeio, pg. 296-298.

5. Lourival Ribeiro. Pelos Caminhos da Medicina. Ed. Vecchi SA, Rio de Janeiro, 1976. pg. 155-157. 118 pp.

6. Lourival Ribeiro. A Luta Contra a Tuberculose no Brasil. Op. cit. pg. 59-113.

7. Hélio Fraga. A obra de Fraga no Campo da Tuberculose. Medicina de Hoje. 6 (67). 1980. pg. 444-446.

8. Armando Sarpo. Concepção Hospitalar na Luta contra a Tuberculose. Rev. Bras. Tuberculose. Nov-Dez. 1939.

9. Lourival Ribeiro. Figuras e Fatos da Medicina no Brasil. Rev. Serv. Nac. Tuberculos. Rio de Janeiro. 1964. pg. 157-169.187 pp.

VAMOS PARAR DE FUMAR

ANEXO VI

Resistência Bacteriana as Drogas Utilizadas Para o Tratamento da Tuberculose.

1. Distribuição da frequência da resistência do bacilo tuberculoso e os quimioterápicos, SM, INH e PAS, em 1255 casos de tuberculose. Rio de Janeiro, 1959⁵³.

DROGA	Frequência	% sobre Total
INH+SM+PAS	282	22,9
SM+INH	815	64,9
SM+PAS	300	23,9
INH+PAS	304	24,2
SM	985	78,7
INH	954	76,0
PAS	328	26,1

* Concentração limite em microgramas/m de meio de cultura: SM=2, INH=0,2, PAS=0,5

** Sensível a SM+INH+PAS 122 cepas 9,7%

Resistência a pelo menos 2 drogas em doentes em tratamento no Rio de Janeiro.

Em: 609 doentes hospitalizados: 68,0%

312 doentes ambulatoriais: 66,0%

2. Segundo estudo do Laboratório Central de Tuberculose, RJ, de medida da frequência da resistência bacteriana as drogas de utilização⁵⁴.

2076 doentes de tuberculose pulmonar: 34% resistente a 2 ou mais drogas.

3. Frequência da resistência primária no Brasil, em 928 doentes com tuberculose pulmonar, maiores 15 anos⁵⁵.

Drogas	N	%
INH	28	3,01
SM	76	8,18
EMB	1	0,10
INH+SM	32	3,44
INH+RMP	3	0,32
INH+SM+RMP	1	0,10
Total	141	15,19

Resistência primária no Brasil, por região fisiográfica, 1986-88, a drogas isoladas ou em combinação em 141 doentes de tuberculose pulmonar. (Obs: o total de 174 diz respeito ao número de vezes em que uma droga, isolada ou em combinação, apareceu no caso de resistência).

Região Drogas

	INH		SM		RMP		EMB		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte	1	12	20	16	0	-	0	-	35	28
Nordeste	16	10,2	2	12,7	2	1,3	0	-	38	24,2
Sudeste	22	4,8	48	10,5	0	-	1	0,2	71	15,5
Sul	9	5,1	20	11,4	1	0,6	0	-	30	17,1
TOTAL	62	6,8	108	11,8	3	0,3	1	0,1	174	19

10. Newton Bethlen. Tratamento da Tuberculose. Medicina de Hoje, (6(67), 1980. pg. 451-461.

11. Ministério da Educação e Saúde. Relatório de Atividades da SNT do ano de 1950. Rio de Janeiro. 1951, 290 pp.

12. Aloysio de Paula. Os Caminhos da Tuberculose. Medicina de Hoje. 6(67). 1980. pg 450-453.

13. Lourival Ribeiro. Fundação Ataulopho de Paiva. Sintra Gráfica e Editora Ltda. Rio de Janeiro, 1985. pg. 41.372 pp.

14. Lourival Ribeiro. Síntese das Atividades de Serviço Nacional de Tuberculose - 1956 Rev. Serv. Nac. Tuberculose. 1(2), 1957: pg. 105-122.

15. XII Congresso Panamericano de Tuberculose. Rev. Ser. Nac. Tuberculose. 4 (15), 1960:409-427.

16. Antonio Ruiffino Netto, José Carlos Pereira. Mortalidade por Tuberculose e Condições de Vida: O caso do Rio de Janeiro. Revista Saúde e Debate. 12, 1981. pg. 27-34.

17. José Fernando Carneiro. A Luta Anti-Tuberculosa no Brasil. Rev. Ser. Nac. tuberculose. 4 (16), 1960:451-477.

18. Dispensário de Tuberculose. Estrutura. Atribuição, e Funcionamento. Rev. Ser. Nac. Tuberculose. 4 (55) 1970, 189-206.

19. Comissão Técnica da CNCT, Editorial Rev. Ser. Nac. Tuberculose. 9 (33), 1965: pg. 1-2.

20. Flávio Poppe de Figueiredo. Resultados Finais do Tratamento Difásico. Rev. Div. Nac. Tuberculose. 14 (53), 1970: 293-304.

21. Lourival Ribeiro. Tendência da Luta

Evolução da resistência primária no Brasil, 60 a 80

Período	Local	N. Cepas	Resistência %
1960-61	RJ	568	12,3
1962	RJ,SP	745	17,3
1963-65	RJ,SP,BA,PE	3445	15,1
1966	RJ,SP	1083	12,4
1972-77	SP	898	11,1
1977-79	SP,RS	244	10,2
1986-88	Estados*	1282	16,2

*SP,AM,SC,PA,CE,BA,RJ,PR,RS,ES,MG,DF.

Contra a Tuberculose. Rev. Div. Nac. Tuberculose. 16 (63), 1972: pg. 309-328.

22. Aldo Villas Boas et. al. O Controle da Tuberculose. Rev. Serv. Nac. Tuberculose. 9 (35), 1965: 183-200.

23 Laurênio Luís de Lima, Erotides Arruda Nascimento. Algumas Informações

sobre a Tuberculose no Brasil de 1960-1969. Rev. Div. Nac. Tuberculose. 15 (57), 1971: 5-45.

24. Ministério da Saúde. Relatório do Programa de Controle da Tuberculose. 1979. 126 pp. Mimeo.

25. Aristides Paz de Almeida et. al

Prevalência da Infecção Tuberculose em Escolares da Capital Brasileira. Rev. Div. Nac. Tuberculose. 17 (66): 1973 pg. 155-159.

26. Gilmário Mourão Teixeira. Integração das Atividades de Controle de Tuberculose nos Serviços Gerais de Saúde. Rev. Div. Nac. Pneumologia Sanitária e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Avaliação das Atividades Realizadas em 1981. Mimeo. 47. pp.

28. César Augusto de Barros Vieira. Tratamento da Tuberculose Pulmonar no Brasil. Rev. Div. Nac. Pneumologia Sanitária. 23 (89-90), 1979.

29. Vários Autores. Controle da Tuberculose uma Proposta de Integração

IV CONGRESSO BRASILEIRO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA EM PEDIATRIA

2 – 5 DE MAIO DE 1993

HOTEL NACIONAL

Rio de Janeiro

Secretaria Executiva do Evento:

Jobe Promoções e Turismo Ltda.

Rua Correia Dutra, 126 - 1º Andar - CEP 22210 - Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (021) 265-5060 - Fax: (021) 205-4040

- e Ensino. CNCT/Nutes. 1987, pg. 71-73.
30. Hélio Fraga. Contribuição ao Estudo da Quimioterapia por Tuberculose Pulmonar. Instituto de Tisiologia e Pneumologia da Universidade do Brasil. Rio de Janeiro, 1961, 188 pp.
31. Comissão Técnica da CNCT. Editorial. Rev. Serv. Nac. Tuberculose. 9 (33), 1965: pg. 1-2.
32. Hélio Fraga. O SNT se Dirige as Unidades Dispensarias e Hospitalares do País a Propósito da Quimioterapia da Tuberculose Pulmonar em Saúde Pública. Rev. Serv. Nac. Tuberculose. 9 (33), 1965: pg. 86-87.
33. Lourival Ribeiro. Tendências da Luta Contra a Tuberculose. Rev. Div. Nac. Tuberculose. 16 (63), 1972: pg. 309-328.
34. César Augusto de Barros Vieira. Tratamento da Tuberculose Pulmonar no Brasil. Rev. Div. Nac. Pneumologia Sanitária. 23 (89-90), 1979.
35. Lourival Ribeiro. A Luta Contra a Tuberculose no Brasil. Ed. Sul Americana. Rio de Janeiro. 1956. 402 pp. pg. 37-40.
36. Lourival Ribeiro. Figuras e Fatos da Medicina. Rev. Serv. Nac. Tuberculose. 1964. 187 pp.
37. Lourival Ribeiro. Figuras e Fatos da Medicina no Brasil. Rev. Serv. Nac. Tuberculose, Rio de Janeiro. 1964. pg. 131-137. 187 pp.
38. Aristides Paz de Almeida; Laurênio Luis de Lima. A Tuberculose no Brasil. Rev. Div. Nac. Tuberculose. 17 (60), 1973. pg. 141-154.
39. Laurênio Luis de Lima; Erotides Arruda do Nascimento. Algumas Informações sobre a Tuberculose no Brasil de 1960 a 1969. Rev. Div. Nac. Tuberculose. 15 (57), 1971: 5-45.
40. Ministério da Saúde/FNS/CRPHF/PNCT. Reunião de Avaliação Operacional do PNCT na década de 80. 1992:pg. 90-100.100 pp. Mimeo.
41. Laurêncio Luis de Lima; Erotides Arruda do Nascimento. Algumas Informações sobre a Tuberculose no Brasil de 1960-1969. Rev. Div. Nac. Tuberculose. 15 (57), 1971; 5-45.
42. Aristides Paz de Almeida et. al. A Tuberculose no Brasil. Rev. Div. Nac. Tuberculose. 17 (66), 1973: pg. 141-154.
43. Aristides Paz de Almeida et. al. Prevalência da Infecção Tuberculose em Escolares das Capitais Brasileiras. Rev. Div. Nac. Tuberculose. 17 (66). 1973:pg. 155-159.
44. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária e INAMPS. Avaliação das Atividades Realizados em 1981, 1981, 47 pp.Mimeo.
45. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Avaliação das Atividades realizadas em 85. Bol. das CNCT, 1 (1), 1987: 5-34.
46. Ministério da Saúde/FNS/CRPHF/PNCT. Reunião de Avaliação Operacional e Epidemiológica do PNCT na Década de 80. 1992. 100 pp. 63. Mimeo.
47. Ministério da Saúde/FNS/CRPHF/PNCT. Reunião de Avaliação Operacional e Epidemiológica do PNCT na década de 80. 1992: pg. 81. Mimeo.
48. Ministério da Saúde/Divisão Nac. de Tuberculose. Resumo da Avaliação do Desempenho da DNT, no ano de 1975. 1976: pg. 5. Mimeo.
49. Ministério da Educação e Saúde. Relatório das Atividades da SNT do Ano de 1950. RJ. 1951. 290 pp.
50. Laurênio Luis de Lima; Erotides Arruda do Nascimento. Algumas Informações sobre a Tuberculose no Brasil de 1960-1969. Rev. Div. Tuberculose. 15 (57), 1971: 5-45.
51. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária e INAMPS. Avaliação das Atividades realizadas em 1981 e 1983. Mimeo.
52. Ministério da Saúde/FNS/CRPHF/PNCT. Reunião de Avaliação Operacional e Epidemiológica do PNCT na Década de 80. 1992:70. 100 pp.
53. Hélio Fraga, Milton Fontes Magarão, Aristides Paz de Almeida. A Resistência do Bacilo de Koch aos Agentes Antimicrobianos e sua Repercussão na Profilaxia da Tuberculose. Rev. Serv. Nac. Tuberculose. 5 (12), 1959.
54. Hélio Fraga et al. O Problema da Quimioterapia da Tuberculose Pulmonar no RJ Visto Através da Frequência da Resistência Microbiana. Rev. Serv. Nac. Tuberculose 10(38), 1966:157-60.
55. Ministério da Saúde/FNS/CRPHF/PNCT. Reunião de Avaliação Operacional e Epidemiológica do PNCT na Década de 80.1992: 40-46.100 pp.