

# TUBERCULOSE NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS, CULTURAIS E CLÍNICOS<sup>1</sup>

*Data de submissão: 04/07/2023*

*Data de aceite: 01/08/2023*

### **Eduarda Coelho Silveira**

Universidade do Vale do Itajaí, Graduação em Medicina. Itajaí, SC  
<http://lattes.cnpq.br/3158167385112777>

### **Ivo Fogaça de Almeida Filho**

Universidade do Vale do Itajaí, Graduação em Medicina. Itajaí, SC  
<http://lattes.cnpq.br/9511932847348998>

### **Júlia Melchiorretto Ferreira**

Universidade do Vale do Itajaí, Graduação em Medicina. Itajaí, SC  
<http://lattes.cnpq.br/4341144349564426>

### **Laura Berlitz**

Universidade do Vale do Itajaí, Graduação em Medicina. Itajaí, SC  
<http://lattes.cnpq.br/2391167222928376>

### **Maria Eduarda Ribas Bissani**

Universidade do Vale do Itajaí, Graduação em Medicina. Itajaí, SC  
<http://lattes.cnpq.br/7297021918247588>

### **Vitória Ritter Maldaner**

Universidade do Vale do Itajaí, Graduação em Medicina. Itajaí, SC  
<http://lattes.cnpq.br/1573426633492247>

### **Clarice Maria Specht**

Universidade do Vale do Itajaí, Docente do Curso de Graduação em Medicina Itajaí, SC  
<http://lattes.cnpq.br/2727755517903354>

### **Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima**

Universidade do Vale do Itajaí, Docente do Curso de Graduação em Medicina Itajaí, SC  
<http://lattes.cnpq.br/5256945243349535>

**RESUMO:** O artigo resgata a discussão histórica e cultural sobre a tuberculose ao longo dos séculos e descreve seus aspectos clínicos. Trata-se de uma revisão de literatura que adotou a metodologia de pesquisa bibliográfica. Foi possível identificar que a vinda dos missionários para o Brasil no século XVI disseminou o agente etiológico da tuberculose, fato que desencadeou uma longa jornada marcada por preconceitos e muitas mortes. Nas últimas décadas do século XIX, a visão social da enfermidade revela-se, no Brasil, como um produto do processo civilizatório: de um lado, marcado pelo crescimento

1. Produto da disciplina Práticas Interdisciplinares, 1º período, do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC.

anárquico e segregador de operários/pobres; de outro, caracterizado pelo modo de vida romântico das elites. Uma enfermidade, a um só tempo, de pobres e românticos. No começo do século XX, a doença passa a ser compreendida como um alarmante problema de saúde, a nível individual e coletivo. A partir deste tempo histórico, os conhecimentos clínicos impulsionaram a adoção de medidas que contribuíram, significativamente, para a redução da mortalidade de tuberculose no Brasil. Os resultados sinalizam a hodierna atenção que a tuberculose deve receber nas diferentes esferas da sociedade por meio do olhar histórico e clínico da doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tuberculose. Historiografia. Cultura em Saúde. Promoção da Pesquisa. Educação Médica.

## TUBERCULOSIS IN BRAZIL: HISTORICAL, CULTURAL AND CLINICAL ASPECTS

**ABSTRACT:** The article recalls the historical and cultural discussion on tuberculosis over the centuries and describes its clinical aspects. This is a literature review that adopted the methodology of bibliographic research. It was possible to identify that the arrival of missionaries to Brazil in the 16th century disseminated the etiologic agent of tuberculosis, a fact that triggered a long journey marked by prejudice and many deaths. In the last decades of the 19th century, the social view of disease was revealed in Brazil as a product of the civilizing process: on one hand, marked by the anarchic and segregating growth of workers/poor people; on the other hand, characterized by the romantic way of life of the elites. A disease, at the same time, of the poor and the romantic. In the beginning of the 20th century, the disease starts to be understood as an alarming health problem, at an individual and collective level. From this historical time on, clinical knowledge drove the adoption of measures that contributed, significantly, to the reduction of tuberculosis mortality in Brazil. The results signal the current attention that tuberculosis should receive in the different spheres of society through the historical and clinical view of the disease.

Translated with [www.DeepL.com/Translator](http://www.DeepL.com/Translator) (free version)

**KEYWORDS:** Tuberculosis. Historiography. Health Culture. Research Promotion. Medical Education.

“Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos,

A vida inteira que poderia ter sido e não foi.

Tosse, tosse, tosse.

Mandou chamar o médico.

Diga trinta e três.

Trinta e três... trinta e três... trinta e três...

Respire

O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo

e o pulmão direito infiltrado.

Então doutor, não é possível tentar o pneumotórax?

Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino”.

(“Pneumotórax”, Manuel Bandeira, 1930)

## 1 | INTRODUÇÃO

Existem evidências de decomposição tubercular encontradas em múmias do Egito que indicam que a tuberculose tenha acometido a humanidade há pelo menos 6 mil anos atrás (DUBOS 1952 apud BERTOLLI FILHO 2001), sendo essa patologia chamada de tísica pulmonar ou doença do peito. Hipócrates, médico da Grécia Antiga, considerado o pai da medicina, observou que a tísica foi a doença mais disseminada e fatal do seu tempo (GONÇALVES, 2000).

Entre os hebreus, a tuberculose era compreendida como “uma punição divina aos infratores dos mandamentos religiosos”. A orientação de que se tratava de um castigo imputado a pecadores está registrada no Velho Testamento, nos Livros do Deuteronômio e no do Levítico (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 44).

Na última década do século XVIII, a tuberculose aparece nas produções literárias do romantismo como a enfermidade “dos fracos do peito”. Naquele tempo histórico, não havia obra produzida por escritores e artistas românticos que não incorporassem, em alguma medida, “os fracos do peito em suas descrições, mesmo que incidentalmente” (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 45). Qualificada, no início do século XIX, como “doença dos românticos” ou “doença das paixões fortes” (GONÇALVES, 2000, [S.i.]) ou “febre das almas sensíveis”, a tuberculose continua a ser retratada em diversas obras literárias e artísticas sob o estilo do romantismo, e foi a causa da morte de vários autores da época, desde Emily Brontë, escritora britânica, até o poeta brasileiro Castro Alves. Durante o século XIX, “[a] tísica [e os] tísicos” eram vistos de forma romântica porque eram associados à ideia de sensibilidade às artes, e eram realmente valorizados de forma estética, influenciando até mesmo os padrões sociais de vestimenta (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 13). Tanto na Europa como no Brasil, a doença foi interpretada como “uma seqüela decorrente de uma frustração amorosa” (SONTAG, 1984, p. 31).

A partir do estudo sociológico *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*, de Friedrich Engels, publicado em 1848 e reproduzido por Victor Hugo em *Os Miseráveis*, a concepção romântica da tuberculose cedeu lugar ao reconhecimento da enfermidade como “própria da população pobre e marginalizada”, sendo associada “à miséria que dizimava o lumpemproletariado e os trabalhadores industriais, enfim, toda uma legião de injustiçados”. Em outra abordagem, emerge no “ciclo revolucionário [europeu] de 1848” a compreensão social da doença (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 48).

Com o advento da bacteriologia, do Raio X e da consolidação de premissas da medicina clínica, por anatomopatologistas, no século XIX, emerge um modelo explicativo da tuberculose como “fenômeno biológico” (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 43).

O texto resgata a discussão histórica e cultural da tuberculose através dos tempos e descreve seus aspectos clínicos.

## 2 | METODOLOGIA

Esta revisão bibliográfica foi subdividida em duas perspectivas – histórico-cultural e clínica – como forma de viabilizar melhor compreensão sobre a temática da tuberculose no Brasil.

Com relação à parte histórica e cultural, foi priorizada uma abordagem em forma de linha do tempo. Nesse sentido, foi válida a percepção da tuberculose primeiramente em um contexto global, tendo em vista sua marca na antiguidade, e, posteriormente, o enfoque no contexto brasileiro. Com relação aos aspectos clínicos, foi dada ênfase às mais diversas áreas do conhecimento, sendo a pesquisa baseada na parte técnica da tuberculose, como seu agente causador, locais atingidos, sintomas, complicações e tratamentos, tendo sempre em vista a correlação com a situação social que a doença abrange. Para isso, foram utilizados desde artigos de referência com caráter revisional e documentos históricos e oficiais até trabalhos específicos sobre aspectos anatômicos, histológicos, genéticos, biofísicos e bioquímicos da tuberculose, conduzindo uma grande abrangência de fatos e a perspectiva do processo histórico da tuberculose em si.

## 3 | DESENVOLVIMENTO

A tuberculose traçou seu itinerário concomitantemente com o processo de desenvolvimento histórico da humanidade.

Existem evidências de decomposição tubercular encontradas em múmias do Egito que indicam que a tuberculose tenha acometido a humanidade há pelo menos 6 mil anos atrás (DUBOS 1952 apud BERTOLLI FILHO 2001). Outro estudo histórico sinaliza ter sido possível constatar sua existência desde o período do antigo Egito, em 44 múmias datadas entre 3700 a.C e 1000 a.C (ROSEMBERG, 1999).

A jornada desta enfermidade foi moldada ao longo das civilizações conforme o processo ideológico das diferentes épocas vigentes, sendo possível identificar citações da tuberculose na bíblia hebraica, no Antigo Testamento da bíblia cristã e no *Corpus Hippocraticum*. Em Deuteronômio 28:22 vê-se: “O Senhor te ferirá com a tísica e com a febre, com a inflamação, com o calor forte, com a seca, com crestamento e com ferrugem, que te perseguirão até que pereças”. Hipócrates descreve em seu *Corpus*, mais especificamente “*Epidemics 1.1.2*” os sintomas da tuberculose, mais conhecida como “Phthisis”, sinalizando que “[...] foi a pior das doenças que ocorreram, e sozinha foi responsável pela grande mortalidade” (JONES 1923 apud DANIEL e IVERSEN 2015).

Já na Idade Média os registros da doença foram poucos, sendo esses associados a uma variedade da doença que afetava principalmente os linfonodos cervicais, conhecida como «escrófula». Tem-se por estimativa que, por volta do século 6, Clóvis, o rei dos francos, tenha iniciado a prática do “toque do rei” como forma de curar os doentes por

tuberculose. Vale ressaltar que a cerimônia acentuou a ideia do poder divino dos reis e foi amplamente retratada em obras de Shakespeare. A prática perdurou por 12 séculos, sendo realizada pela última vez por Carlos X, rei da França e Navarra (1824 - 1830) (ROSEMBERG, 1999).

O termo tuberculose só foi descrito por Johann Lukas Schönlein no século XIX, em virtude do nome dado por Sylvius, em 1680, à lesão nodular pulmonar encontrada em pacientes autopsiados (GURGEL, 2019). Antes disso, a doença era conhecida como peste branca, graças ao aspecto pálido dos doentes (MASSABNI; BONINI, 2019).

No ano de 1854, o médico alemão Hermann Brehmer inaugurou unidades especializadas no tratamento contra a tuberculose, mais conhecidas como sanatórios. O objetivo desses estabelecimentos era dificultar a disseminação da doença e tratar os doentes, com normas rígidas de higiene, alimentação e acompanhamento médico (MASSABNI; BONINI, 2019).

Em 1882, o médico patologista, Hermann Heinrich Robert Koch, demonstrou os bacilos do gênero *Mycobacterium* à Sociedade Fisiológica de Berlim. Diante disso, elucidou a disseminação do agente etiológico, sendo notória sua contribuição para alarmar a sociedade e as autoridades médicas na prevenção da doença, com regras sanitárias e desinfecções (MASSABNI; BONINI, 2019).

Os estudos de Koch inauguraram o modelo teórico explicativo de saúde-doença, conhecido como unicausalidade, gerando um arrefecimento do modelo teórico da determinação social do processo saúde-doença, em curso desde os estudos de Bernardino Ramazzini, no século XIV, até o surgimento do Movimento de Medicina Social, no século XIX, cuja base era o comportamento coletivo das doenças frente ao trabalho que se desenvolvia no modo de produção capitalista (COSMACINI, 2005).

O preconceito da sociedade perante essa doença durante o século XX, principalmente após a descoberta dos raios-X no ano de 1890, veio através de um estudo em pacientes portadores de tuberculose, que comprovou a eficiência do método na observação das lesões do parênquima pulmonar comprometido pelo *Mycobacterium tuberculosis* (BOMBARDA *et al.*, 2001). Tal descoberta foi utilizada como medida de controle da doença, dado que ao final da Primeira Guerra Mundial a globalização tornava mais intensa a disseminação da tuberculose, o que inclui a identificação dos pacientes através da radiografia, situação que deu maior ênfase e massificou os sanatórios de tuberculose, devido a confinamento de doentes que agora podiam ser reconhecidos (BOMBARDA *et al.*, 2001).

No contexto brasileiro, a vinda dos missionários para o Brasil no século XVI deu início a disseminação da cepa do bacilo de Koch, ou bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, que desencadeia a doença infecciosa da tuberculose, comumente transmitida por vias aéreas por meio da tosse, fala ou espirro (GUERRA, 2016). Durante esse período, é possível identificar registros de padres jesuítas alegando que os índios quando catequizados

adoeciam, apresentando escarro, tosse e febre, muitas vezes até cuspiendo sangue (ROSEMBERG, 1999). Do contato direto entre os jesuítas infectados e os índios brasileiros resultou o contágio do povo nativo e conseqüentemente na morte dos mesmos, uma vez que na época em questão os tratamentos para tuberculose ainda eram desconhecidos.

Na segunda metade do século XIX o Brasil recebeu muitos imigrantes europeus, especialmente italianos, advindos em virtude da pobreza que, paradoxalmente, assolava a Itália após a sua unificação. Grande parte das famílias italianas se estabeleceu nas lavouras paulistas de café (KLEIN, 1989). Durante o período 1860-1885 a economia cafeeira brasileira no Vale da Paraíba passou por um período próspero, refletindo na transformação urbana da capital do país, o Rio de Janeiro. O aumento das imigrações europeias agiu concomitantemente com “o fenômeno da *reeuroperização* da cidade do Rio de Janeiro”, centrado na transformação urbana nos modelos europeus, como exposto por Gilberto Freire (RUFFINO-NETTO, 2002, p. 53). Diante deste cenário, mudanças a nível microssocial também ganharam destaque, como a alteração arquitetônica das casas, que anteriormente apresentavam ambientes escuros, fechados e muitas vezes insalubres. Além disso, outro processo que afetou a sociedade da época foi a translocação dos escravos do ambiente doméstico para as plantações. Dentro dessa lógica, é válido ressaltar que no Brasil, os negros eram associados como responsáveis pela tísica, por ser uma enfermidade relacionada a ideologia de hábitos incultos e maneiras grosseiras (RUFFINO-NETTO, 2002; ZALUAR; ALVITO, 2004).

A visão social sobre a tuberculose era fruto de duas lentes: nos pobres era uma doença relacionada a má higiene e hábitos ruins; na alta sociedade, crescia a visão de uma doença romântica, graças a chegada de imigrantes europeus no Brasil (GONÇALVES, 2000). A influência poética e cultural europeia se demonstrou na valorização literária brasileira sobre a tuberculose, com obras pautadas no romantismo pessimista por autores de renome, tais como Castro Alves, Álvares de Azevedo e Casimiro de Abreu (ROSEMBERG, 1999). Dentro dessa lógica, a tuberculose se tornou poética e bonita, visto que tanto os poetas quanto suas amantes chegavam ao óbito, devido aos seus hábitos de vida em ambientes de convívio insalubres.

O desdobramento do abolicionismo ocorrido no ano de 1888 e o descaso governamental com o acolhimento da população negra recém alforriada, soma-se ao processo de crescimento urbano brasileiro desenfreado em meados do século XIX. Sobretudo nas metrópoles do Rio de Janeiro e São Paulo, promoveu-se o agravamento da disseminação da doença (PEREIRA, 2016). Tal fato é explicado pelas realidades insalubres dos ambientes de trabalho e moradia em que estavam submetidos os indivíduos das classes negligenciadas pelo poder governamental. Esse cenário contribuiu para a formação e fixação do estigma de que a tuberculose é uma doença de pobres (GONÇALVES, 2000). Dentro desta lógica, os doentes eram comumente responsabilizados pela doença, em vista do modo de vida que levavam. Nesse sentido, como a população

mais pobre carecia de infraestrutura e atenção governamental a obras de saneamento básicas, começaram a ser taxados de perigosos e excluídos da sociedade.

É válido observar que até o final do século XIX a tuberculose era associada à hereditariedade, justamente porque as condições de ambiente e hábitos de vida eram determinantes para a disseminação e manifestação da enfermidade (GONÇALVES, 2000). A partir do decréscimo da economia cafeeira, efeito da crise de 1929, houve um grande deslocamento populacional para as cidades, gerando um inflamento populacional e uma marginalização da população menos favorecida (PELÁEZ, 1968).

No contexto brasileiro, o país também desenvolveu suas estâncias climáticas com o aumento do número de sanatórios, em cidades como São José dos Campos e Campos do Jordão. Em 1900, foi criada a Liga Brasileira Contra a Tuberculose. Posteriormente, nasceu a Inspetoria de Profilaxia de Tuberculose, e em 1930, o Ministério de Educação e Saúde Pública. Com isso, é aumentada a ação do Estado contra a tuberculose (CONDE *et al.*, 2002).

A taxa de desigualdade social presente na sociedade brasileira da época era nítida. E a forma que a tuberculose afetava a população no começo do século XX também era desigual. A mortalidade por tuberculose afetava muito mais a população pobre, sendo a média de mortes oito vezes maior para a população negra (Anuario, 1915-16, p. 199 *apud* PEREIRA, 2016). Contudo, estima-se que o número seja ainda maior, pois muitos indivíduos deixavam de procurar as autoridades para relatar as mortes, caracterizando uma expressiva subnotificação. Segundo dados coletados entre 1907 a 1910 entre um grupo de 100.000 habitantes da cidade do Rio de Janeiro, a tuberculose causou a morte de cerca de 294 pessoas brancas, em contrapartida, de 2217,5 pessoas negras. É notório, portanto, que o descaso governamental frente à inserção da população negra recém alforriada na sociedade e o processo de urbanização desorganizado, desencadeou a mortalidade de muitas pessoas, principalmente aquelas esquecidas pelos poderes governamentais.

### 3.1 Aspectos clínicos

A tuberculose pulmonar é dividida em primária (primoinfecção) e secundária, desenvolvida a partir de uma nova infecção ou da reativação de bacilos latentes (BOMBARDA *et al.*, 2001). Quando um indivíduo inala as gotículas contendo os bacilos de Koch, muitas delas ficam no trato respiratório superior (garganta e nariz), mas é somente quando os bacilos atingem os alvéolos que a infecção se inicia (BRASIL, 2019).

Na primoinfecção, o *Mycobacterium tuberculosis* inalado atinge os alvéolos, onde ocorre um processo inflamatório inicial, mediado por neutrófilos e macrófagos alveolares. Se tal mecanismo de defesa for ineficaz, os macrófagos apresentam os antígenos aos linfócitos T no tecido linfóide associado aos brônquios, onde passam a secretar citocinas. Os macrófagos ativados voltam aos alvéolos, aglomeram-se ao redor dos bacilos,

transformando-se em células epitelióides que, após sua função fagocítica, se agrupam originando células multinucleadas. Essa reação produtiva constitui o granuloma, cuja função é barrar a disseminação do bacilo a outros locais do tecido saudável. Ao conjunto de granulomas, dá-se o nome de nódulo de Ghon, e ao conjunto desses, se dá o nome de complexo primário da tuberculose que, dependendo do número e da força dos bacilos, além do grau de resistência do hospedeiro, tal situação pode resultar na cura ou na doença em si. Com a expansão das lesões destrutivas, os bacilos atingem os vasos sanguíneos e disseminam-se para o pulmão e potencialmente outros órgãos (BOMBARDA *et al.*, 2001).

No quesito de susceptibilidade à tuberculose, esta pode ser relacionada a fatores influenciáveis, como a contagiosidade do caso índice (doente bacilífero fonte da infecção), do tipo de ambiente em que a exposição ocorreu e da duração da exposição, além de patologias como diabetes e tabagismo, uso de álcool e de drogas. Estima-se que mais de 1,3 bilhão de pessoas consumiam tabaco no ano de 2018 no mundo, sendo a maior incidência em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, onde, não coincidentemente, as taxas de tuberculose são maiores (SILVA *et al.*, 2018).

Ademais, o consumo nocivo de álcool está entre os cinco principais fatores de risco em doenças, incapacidades e morte. Estima-se que cerca de 10% de todos os casos de tuberculose possam ser atribuídos ao consumo de álcool. Mesmo os números sendo um obstáculo para se fazer um panorama do abuso alcoólico, considerando a dificuldade em quantificar a sua ingestão e seu abuso, estudos demonstraram que o uso de álcool, assim como o tabagismo, afeta a resposta imune do corpo, aumentando a susceptibilidade à doenças respiratórias, apontando ainda que o risco de se adquirir a tuberculose ativa aumenta conforme a quantidade de álcool consumido (SOUZA; SILVA, 2010).

Dados epidemiológicos, realizados em 2018, mostravam um alargamento da relação entre o uso de drogas ilícitas e os casos de tuberculose (SILVA *et al.*, 2018), informação que configura a dependência química como um fenômeno em massa e, posteriormente, um problema de saúde pública (CASSIANO, 2014). A cocaína é considerada uma das principais protagonistas quando comparada à outras drogas quando o assunto é tuberculose, juntamente com o crack, que favorece a disseminação da doença pela tosse, ocasionada pelos efeitos da droga, em locais fechados e com um fluxo grande de pessoas (CRUZ *et al.*, 2013). As condições de vida insalubres e os hábitos da maioria dos dependentes químicos são determinantes para a manutenção da cadeia de transmissão da bactéria. Com o pulmão afetado pelas drogas, eles não apresentam mais os mecanismos de defesa do corpo, a exemplo da cocaína, que inibe as reações anti-inflamatórias.

Essa condição torna esses indivíduos suscetíveis à tuberculose e outras doenças e, conseqüentemente, cria focos de propagação dos bacilos de Koch a pessoas de seu convívio, o que culmina numa reação em cadeia de proliferação da tuberculose muito mais acentuada na população (SILVA *et al.*, 2018).

Somados a esses fatores, estudos têm relatado que a apresentação clínica e de imagem da tuberculose pulmonar em doentes diabéticos é diferente das observadas em doentes não diabéticos. A hiperglicemia e a diminuição da insulina interferem na resposta imunológica, agindo diretamente na função celular dos macrófagos e dos linfócitos, fator que dificulta o controle da tuberculose (SEISCENTO, 2012). Segundo Silva *et al.* (2018), três quartos dos pacientes com diabetes vivem em países de baixa renda, onde a tuberculose representa uma das cinco principais causas de óbito, corroborando com o estigma de que a peste branca é uma doença da pobreza. Além disso, e embora ainda sem explicação, pacientes insulino dependentes desenvolvem mais frequentemente resistência a drogas no tratamento da tuberculose (SEISCENTO, 2012).

A respeito de medidas preventivas, o Ministério da Saúde preconiza: (a) implantação de vigilância da Infecção Latente de Tuberculose (ILT); (b) incorporação de novas tecnologias para o diagnóstico da ILTB no país, com o objetivo de ampliar a rede de diagnóstico da ILTB; (c) ampliação do diagnóstico e tratamento da ILTB; (d) implantação de esquemas encurtados de tratamento da ILTB com o objetivo de melhorar a adesão a essa estratégia; (e) manutenção de altas e homogêneas coberturas vacinais de BCG e; (f) implementação de medidas de controle de infecção nos serviços de saúde (BRASIL, 2019, p. 38).

Desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa, a operacionalização do tratamento torna-se muito eficaz na grande maioria dos casos. Na tuberculose pulmonar, existem condições ideais para o crescimento e atividade metabólica da bactéria, com boa oferta de oxigênio, pH neutro e substâncias nutritivas (BRASIL, 2019). O tratamento inclui tomar os medicamentos, de forma supervisionada, ir às consultas, fazer os exames necessários, ficar afastado do trabalho, fazer uma alimentação mais consistente e repousar (SOUZA; SILVA, 2010).

Se os recursos terapêuticos são realizados de forma irregular ou abandonados, cepas resistentes aos medicamentos podem ser selecionadas. O esquema terapêutico anti tuberculose, para ser mais efetivo, deve atender a três grandes objetivos: ter atividade bactericida precoce, ser capaz de prevenir a emergência de bacilos resistentes e ter atividade esterilizante (BRASIL, 2019).

O esquema de tratamento é padronizado, de acordo com o Ministério da Saúde, e apresenta duas fases: a intensiva/de ataque, a qual preconiza reduzir rapidamente a população bacilar e a eliminação dos bacilos com resistência natural a algum medicamento. São utilizados medicamentos com alto poder bactericida e tem como consequência a diminuição do contágio. A fase de manutenção, por sua vez, tem o objetivo de eliminar os bacilos latentes ou persistentes e a redução da possibilidade de reincidência da doença. São associados dois medicamentos com maior poder bactericida e esterilizante, com boa atuação em todas as populações bacilares (BRASIL, 2019).

Um dos maiores problemas no controle da tuberculose é, de fato, a resistência da bactéria às drogas, decorrente principalmente do abandono do tratamento pelos pacientes. A adesão é um processo dinâmico, e o serviço de saúde deve estruturar-se para atuar nessa perspectiva durante todo o tratamento. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) possibilita um monitoramento de adesão praticamente em tempo real, o que contribui para a diminuição do abandono. As causas relacionadas às falhas devem ser acolhidas e discutidas para orientar sobre suas consequências e buscar soluções oportunas para o êxito do tratamento. Quando adequadamente realizado, o TDO permite a identificação dos faltosos com prejuízo apenas de 1 ou 2 doses dos medicamentos. O contato com o paciente faltoso (via telefone, *e-mail* ou visita domiciliar) deve fazer parte da rotina de trabalho do serviço da saúde (BRASIL, 2019).

Nesse viés, a equipe de saúde deve estar sensibilizada e estruturada para acolher o paciente faltoso no momento do seu retorno. Frequentemente os pacientes procuram o serviço para retomar o tratamento quando, na verdade, estão buscando ajuda para algum outro problema que pode ser mais relevante que o próprio tratamento, como a falta de alimento ou dinheiro, desestruturação familiar, entre outros. Desse modo, é fundamental que durante o acolhimento haja espaço para abordar as dificuldades enfrentadas e a busca conjunta de soluções (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004).

Ainda segundo o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, do Ministério da Saúde, a adesão ao tratamento está associada a características demográficas, sociais, de estilo de vida das pessoas e resulta da sua forma de lidar com o significado do diagnóstico, com a representação social da doença e com os desafios apresentados pelo tratamento (BRASIL, 2019).

Diversos motivos levam ao abandono do tratamento, como motivos financeiros (custos das passagens para a realização do tratamento e acompanhamento, e a falta de ajuda para supri-los), o tratamento em si (inapetência pelo uso da medicação, efeitos colaterais, revolta com a doença e recusa do diagnóstico) e outros motivos diversos, como situações de vulnerabilidade social e a ausência de apoio para realizar o tratamento, a influência exercida por familiares e amigos no processo do tratamento e agravos associados, como o HIV, alcoolismo e uso de drogas (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004).

Assim sendo, deve-se utilizar estratégias para melhorar a adesão ao tratamento da tuberculose no Brasil, com ações como acolhimento, TDO, atitude da equipe para o fortalecimento da adesão, organização e estruturação do serviço, consulta com foco na adesão, grupos de apoio educativos ou terapêuticos, rodas de conversa e interprofissionalidade (consultas com os diferentes profissionais da saúde envolvidos) (BRASIL, 2019).

## 4 | CONCLUSÕES

De acordo com as proposições e as análises expostas no trabalho, podemos concluir que a tuberculose possui um estigma que precisa ser quebrado na sociedade. A necessidade de atenção a esse problema, com a criação de um suporte digno aos doentes é fundamental para a amenização das mortes por tuberculose no Brasil e no mundo. A vergonha, o sofrimento e a falta de informação que rodeiam a tuberculose perduram desde os tempos mais remotos, e a negligência permanece até os dias de hoje. Nesse sentido, estratégias de acolhimento, organização e estrutura do sistema de saúde precisam ser averiguadas como forma de evitar ainda mais sua disseminação e garantir o melhor tratamento aos doentes. A análise histórica sobre a doença foi feita com o intuito de explicitar o seu processo de evolução, para que o entendimento dos aspectos clínicos fizesse mais sentido dentro do contexto contemporâneo.

## REFERÊNCIAS

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 04 jul. 2023.

BOMBARDA, S. *et al.* Imagem em tuberculose pulmonar. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 329-340, nov. 2001. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-35862001000600007&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862001000600007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2. ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil\\_2\\_ed.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf). Acesso em: 04 jul. 2023.

CASSIANO, J. G. M. **Tuberculose pulmonar e o uso de drogas ilícitas: entre o abandono e a cura**. Orientador: Paulo Sérgio Dourado Arrais. 2014. 93 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <https://repositorio.renasc.fiocruz.br/teses-e-dissertacoes/tuberculose-pulmonar-e-o-uso-de-drogas-ilicitas-entre-o-abandono-e-a-cura/>. Acesso em: 04 jul. 2023.

CONDE, M. B. *et al.* **Tuberculose sem medo**. São Paulo: Atheneu, 2002.

COSMACINI, G. **Storia della medicina e della sanità in Italia**. Bari: Laterza, 2005.

CRUZ, V. D. *et al.* Consumo de crack e a tuberculose: uma revisão integrativa. Smad, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 48-55, abr. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762013000100008&script=sci\\_arttext&tlng=pt#:~:text=Entre%20as%20pessoas%20com%20tuberculose,intermitente%20de%20pessoas\(10\)](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762013000100008&script=sci_arttext&tlng=pt#:~:text=Entre%20as%20pessoas%20com%20tuberculose,intermitente%20de%20pessoas(10)). Acesso em: 04 jul. 2023.

DANIEL, T. M.; IVERSEN, P. A. Hippocrates and tuberculosis. **The International Journal Of Tuberculosis And Lung Disease**, v. 19, n. 4, p. 373-374, 1 abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5588/ijtld.14.0736>. Acesso em: 04 jul. 2023.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-327, out. 2000. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-5970200000300004&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-5970200000300004&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 04 jul. 2023.

GUERRA, R. M. L. **Fatores comportamentais, ambientais, marcadores genéticos e a tuberculose: estudo caso controle na microrregião dos inconfidentes e ponte nova**. Orientador: George Luiz Lins Machado Coelho. 2016. 131 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Nutrição) - Escola de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2016. Disponível em: [https://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/8547/1/DISSERTACAO\\_FatoresComportamentaisAmbientais.pdf](https://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/8547/1/DISSERTACAO_FatoresComportamentaisAmbientais.pdf). Acesso em: 04 jul. 2023.

GURGEL, C. B. F. M. A tuberculose na História. **Boletim da FCM**, Campinas, v. 12, n.3, 2019. Disponível em: [https://www.fcm.unicamp.br/boletimfcm/mais\\_historia/tuberculose-na-historia](https://www.fcm.unicamp.br/boletimfcm/mais_historia/tuberculose-na-historia). Acesso em: 04 jul. 2023.

KLEIN, H. S. A integração dos imigrantes italianos no Brasil, na Argentina e Estados Unidos. **Novos Estudos**, v. 25, n. 1, p. 95-117, out. 1989. Disponível em: [https://www.academia.edu/3625196/A\\_integra%C3%A7%C3%A3o\\_dos\\_imigrantes\\_italianos\\_no\\_Brasil\\_na\\_Argentina\\_e\\_nos\\_Estados\\_Unidos](https://www.academia.edu/3625196/A_integra%C3%A7%C3%A3o_dos_imigrantes_italianos_no_Brasil_na_Argentina_e_nos_Estados_Unidos). Acesso em: 04 jul. 2023.

MASSABNI, A. C.; BONINI, E. H. Tuberculose: história e evolução dos tratamentos da doença. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, v. 22, n. 2, p. 6-34, 1 maio 2019. Disponível em: <https://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/678>. Acesso em: 04 jul. 2023.

MENDES, A. de M.; FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: por que os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 25-36, jan. 2004. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/bps/v12n1/v12n1a05.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2023.

PELÁEZ, C. M. A balança comercial, a grande depressão e a industrialização brasileira. **Rbe.**, v. 21, n. 1, p. 15-47, 1968. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3691373/mod\\_resource/content/1/Pelaez%20RBE1\\_68.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3691373/mod_resource/content/1/Pelaez%20RBE1_68.pdf). Acesso em: 04 jul. 2023.

PEREIRA, T. A. Z. Mortalidade entre brancos e negros no Rio de Janeiro após a abolição. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 439-469, jun. 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-41612016000200439&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-41612016000200439&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 04 jul. 2023.

ROSEMBERG, J. Tuberculose: Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 5-29, dez. 1999. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-460X1999000200002#item5](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X1999000200002#item5). Acesso em: 04 jul. 2023.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 35, n. 1, p. 51-58, jan./fev. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rsbmt/a/H8k7CjYqqXbVJYwptQmwpbl>. Acesso em: 23 abr. 2021. Acesso em: 04 jul. 2023.

SEISCENTO, M. Tuberculose em Situações Especiais: hiv, diabetes mellitus e insuficiência renal. **Revista Pulmão Rj**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 23-26, jan. 2012. Disponível em: [http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/\\_sopterj\\_redesign\\_2017/\\_revista/2012/n\\_01/06.pdf](http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2012/n_01/06.pdf). Acesso em: 04 jul. 2023.

SILVA, D. R. *et al.* Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 44, n. 2, p. 145-152, abr. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v44n2/pt\\_1806-3756-jbpneu-44-02-00145.pdf](https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v44n2/pt_1806-3756-jbpneu-44-02-00145.pdf). Acesso em: 04 jul. 2023.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOUZA, S. da S. de; SILVA, D. M. G. V. da. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 636-643, dez. 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000400005&script=sci\\_arttext&tIng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000400005&script=sci_arttext&tIng=pt). Acesso em: 04 jul. 2023.

ZALUAR, A.; ALVITO, M. (orgs). **Um século de favelas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.