

## A NOVA ORDEM NO COMBATE À TUBERCULOSE NO BRASIL: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

### A NEW STRATEGY IN THE COMBAT OF TUBERCULOSIS IN BRAZIL: IMPLICATIONS FOR NURSING PRACTICE

### LA NUEVA ORDEN EN EL COMBATE DE LA TUBERCULOSIS EN BRASIL: IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERIA

ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA FILHO<sup>1</sup>

HERCÍLIA REGINA DO AMARAL MONTENEGRO<sup>2</sup>

TÂNIA CRISTINA FRANCO SANTOS<sup>3</sup>

*Pesquisa histórico-social cujos objetivos são: descrever a conjuntura de implantação do Programa de Ação na luta contra a tuberculose no Brasil, em 1961; e analisar as implicações dessa conjuntura para o reconhecimento da importância da assistência de enfermagem no combate à tuberculose. A análise do corpus documental, apoiada pelos conceitos de habitus, campo e poder simbólico de Pierre Bourdieu, se fez com base em documentos escritos e orais e fontes secundárias. A pesquisa permitiu constatar que a reconfiguração da assistência de enfermagem se deu sob a liderança de uma enfermeira cujo capital simbólico lhe conferia poder e prestígio para implementar as mudanças necessárias. A atuação dessa enfermeira possibilitou a implantação do novo programa e contribuiu para demarcar o espaço e a importância da enfermeira diplomada na assistência aos portadores de tuberculose.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Tuberculose pulmonar; Cuidados de enfermagem; Enfermagem.

*The aims of the social-historical study are: to describe the situation existing during the implementation of the Program of Action to fighting Tuberculosis in Brazil in 1961. It analyzes the implications of this turning-point in order to stress the importance of the assistance from nursing practice in the fight against tuberculosis. The analysis of the documental corpus, based on the concepts of habitus, field and symbolic power of Pierre Bourdieu, was based on written and oral documents and secondary sources. With the investigation we found out that the reconfiguration of nursing care took place under the leadership of a nurse whose symbolic capital conferred power and prestige to implement the necessary changes. The performance of the nurse permitted the introduction of a new program and helped to demarcate the space and the importance of registered nurses in the assistance of tuberculosis carriers.*

**KEYWORDS:** Tuberculosis pulmonary; Nursing care; Nursing.

*Pesquisa histórica y social cuyos objetivos son: describir la coyuntura de implantación del Programa de Acción en la lucha contra la tuberculosis en Brasil, en 1961 y analizar los alcances de esa coyuntura para reconocimiento de la importancia que tiene la asistencia de enfermería en el combate a la tuberculosis. El análisis del corpus documental, apoyado por los conceptos de habitus, campo y poder simbólico de Pierre Bourdieu, se realizó basándose en documentos escritos y orales y fuentes secundarias. La investigación permitió constatar que la reconfiguración de la asistencia de enfermería se consumó bajo el liderazgo de una enfermera cuyo capital simbólico le confería poder y prestigio para implementar los cambios necesarios. La actuación de esa enfermera viabilizó la implantación del nuevo programa y contribuyó para demarcar el espacio y la importancia de la enfermera diplomada en la asistencia a los portadores de tuberculosis.*

**PALABRAS CLAVE:** Tuberculosis pulmonary; Atención de enfermería; Enfermería.

<sup>1</sup> Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ. Pesquisador do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras). Líder do Grupo de Pesquisa "A trajetória do cuidado de enfermagem em espaços especializados". Brasil. E-mail: ajafilho@terra.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Pesquisadora do do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras). Membro do Grupo de Pesquisa "A trajetória do cuidado de enfermagem em espaços especializados". Brasil. E-mail: herciliaregina@ig.com.br

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras). Brasil. E-mail: taniacristinafsc@terra.com.br

## INTRODUÇÃO

A luta contra a tuberculose no Brasil conquistou resultados significativos, principalmente a partir de 1947, quando da implementação das drogas antituberculosas. Alguns índices ilustram bem essa questão: na Capital Federal (Rio de Janeiro) à época, a mortalidade, que, até 1945 era superior a 330 por 100.000 habitantes, caiu em 1958 para 83 por 100.000 habitantes. Para o conjunto das capitais brasileiras, a mortalidade, que era de 245,6, baixou para cerca de 80 ao final da década de 1950. Em São Paulo esse índice caiu para 58 em 1952 e para 38 em 1953<sup>(1)</sup>.

Contudo, a despeito de reconhecer tal progresso, o professor de fisiologia, José Fernando Carneiro, contratado pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre – RS, através de um artigo publicado em 1960, na Revista do Serviço Nacional de Tuberculose, considera que a observação superficial entre índices antigos e atuais de mortalidade por tuberculose poderia, facilmente, deixar as autoridades da saúde otimistas e confiantes nos progressos realizados, porém, ao considerar a análise de outros indicadores (prevalência da infecção; incidência e prevalência da morbidade; taxa de conversões e de reversões tuberculíneas; índice pediátrico-geriátrico de mortalidade, etc.) necessários a uma adequada apreciação da conjuntura epidemiológica da doença em tela, ficava convencido de que o combate à tuberculose apresentava questões graves e, portanto, não tão tranquilizadoras como era dado a entender num primeiro momento. Acrescenta que o Brasil estaria na retaguarda em relação a outros países, cujos índices já tinham sido piores que os observados<sup>(1)</sup>.

Além disso, Carneiro relata que, ao estudar as medidas adotadas pela sociedade brasileira para o combate à tuberculose, verificava a “inadequação ou a quase inutilidade” de muitas dessas; e conclui que o Brasil avançava a reboque do progresso tecnológico do mundo moderno<sup>(1: 451)</sup>.

Outros fatores também foram suscitados por outras autoridades da saúde à época. Nesse sentido, Garcia Filho, então Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Pará e Diretor do Hospital de Isolamento do Estado, em palestra proferida na Sociedade de Doenças do Tórax, em 1960, intitulada “Novos Rumos na Luta Contra a Tuberculose”, enfatiza que a condição econômico-social da

população brasileira era fator relevante para o resultado satisfatório no combate à tuberculose. Para Garcia Filho, a lamentável realidade econômica e social contribuía para que a tuberculose continuasse aumentando a cada ano, e a mortalidade da doença, apesar das reduções sofridas, ainda era considerada muito expressiva<sup>(2)</sup>.

Para o professor Garcia Filho, o rendimento dos dispensários, locais onde os pacientes davam continuidade ao tratamento ambulatorial após a alta hospitalar, e dos hospitais especializados no tratamento da tuberculose, era considerado muito baixo, pois não chegavam a 30% de ‘inativos residuais’ entre o total de doentes tratados. Assim, chamava a atenção para a quantidade de “doentes eliminadores de bacilos resistentes” às drogas principais<sup>(2: 151)</sup>.

Desta forma, a Comissão Técnica (CT) organizou um Programa de Ação para a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), caracterizada fortemente pelas atividades de profilaxia e pelo tratamento dispensarial, iniciando, então, uma nova fase na luta da tuberculose.

Diante do exposto, os objetivos deste estudo são: descrever a conjuntura de implantação do Programa de Ação na luta contra a tuberculose no Brasil, em 1961; e analisar as implicações dessa conjuntura para o reconhecimento da importância da assistência de enfermagem no combate à tuberculose.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de cunho histórico-social, pois compreende o estudo dos grupos humanos no seu espaço temporal com a preocupação de discutir os diferentes aspectos que envolvem o cotidiano das diferentes classes e grupos sociais<sup>(3)</sup>. A pesquisa histórico-social é, portanto, entendida como síntese e permite a reafirmação do princípio de que, em história, todas as abordagens estão inscritas no social e se interligam, e ainda possibilitam delimitar um campo específico de problemas a serem formulados à disciplina histórica<sup>(4)</sup>.

Para a operacionalização desta pesquisa, foram utilizadas fontes primárias constituídas de documentos escritos, tendo como fonte principal artigos históricos publicados em periódicos brasileiros, especializados no campo da

tisiologia, à época a qual se reporta o estudo em tela. Esses documentos foram localizados na Biblioteca do Centro de Referência Professor Hélio Fraga; Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública; Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

Também foram utilizados depoimentos orais pertencentes ao Acervo de História Oral do Centro de Documentação (CEDOC) da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, tais como: depoimentos de Aldo Villas Bôas obtidos em entrevista realizada em novembro de 1986, com a duração de 8 horas, e de Raimunda da Silva Becker, obtido em entrevista realizada em abril de 1987, com a duração de 3 horas. Além desses, foram utilizados os depoimentos do médico Edmundo Blundi, obtido em novembro de 1987; do tisiologista José Antonio Nunes de Miranda, em novembro de 1987; e o de Lourival Ribeiro, em novembro de 1987. Essas entrevistas foram realizadas por Ieda de Alencar Barreira para serem utilizadas como fonte primária à sua Tese de Doutorado, intitulada “A Enfermeira Ananéri no País do Futuro: A aventura da luta contra a tuberculose”.

A apresentação de fragmentos dos depoimentos foi identificada com a letra “D”, seguida do número correspondente. Desta forma, o depoimento de Aldo Villas Bôas está indicado com D1; o de Raimunda da Silva Becker, com D2; o de Edmundo Blundi, D3; o de José Antonio Nunes de Miranda, D4; e o de Lourival Ribeiro, com D5.

As fontes secundárias estão localizadas na Biblioteca Setorial da EEAN, na Biblioteca da Fundação Getúlio Vargas, Biblioteca Nacional, Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz e na Biblioteca da ENSP/ FIOCRUZ, disponíveis em livros, tese de doutorado e periódicos.

A análise do *corpus* documental levou em consideração os documentos em seu conjunto, de modo a construir uma versão original sobre a reconfiguração da assistência de enfermagem diante do novo modelo do tratamento contra a tuberculose.

Cabe ressaltar que, em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi submetido, em 19 de dezembro de 2007, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis, com o número de protocolo 097/06.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO

A discussão da pesquisa será apresentada em duas categorias, de modo a permitir compreender o teor do Programa de Ação na luta contra a tuberculose no Brasil em 1961 e a relação da Enfermagem com aquela nova conjuntura.

### O Programa de Ação na Luta contra a Tuberculose implantado no Brasil em 1961

A nova política de combate à tuberculose vinha ao encontro da proposta inicial da CNCT, idealizada por Raphael de Paula Souza, cuja ação se fundamentava na criação de leitos e na internação de longa permanência, fase conhecida como a “mística de Paula Souza”<sup>(5:179)</sup>.

Entretanto, somente com a nomeação do sanitarista Aldo Villas Bôas na Direção do Serviço Nacional de Tuberculose, em 1961, é que o novo programa foi amplamente divulgado e implementado, tornando possível a adoção, em âmbito nacional, de um novo modelo de luta contra a tuberculose com base na Ação Dispensarial<sup>(6)</sup>.

Villas Bôas ficou conhecido e reconhecido no campo da tisiologia pelo capital cultural e simbólico incorporado em sua trajetória profissional, pois dirigiu o Departamento de Saúde Pública de Pernambuco, nos primórdios da CNCT. A atuação de Villas Bôas na luta contra a tuberculose naquele estado foi definida pelas ações implementadas de tratamento da doença a nível dispensarial (D1).

Em 1960, o Dr. Villas Bôas, que também atuava como membro da Comissão Técnica do SNT, assume a direção do Departamento de Tuberculose (DTB) do estado da Guanabara, cargo para o qual teve a indicação do Prof. Hélio Fraga, e permanece por um ano. A seguir, em 1961, Villas Bôas deixa o cargo para assumir os postos mais expressivos no campo da tisiologia, ou seja, a Direção do Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) e a Superintendência da CNCT (D1).

Na condição de porta-voz autorizado, em discurso oficial, anunciou o Novo Programa de Ação da CNCT, durante a abertura da I Reunião Nacional das Autoridades Sanitárias interessadas na luta contra a tuberculose, realizada em 1961 no estado da Guanabara<sup>(6)</sup>.

Na oportunidade, justificou a realização daquele evento em função da “consciência da responsabilidade do SNT em face da situação da tuberculose no Brasil”. Tal situação adquiria importância, não apenas por conta dos indicadores existentes acerca da difusão da doença, mas também por disporem, naquele momento, dos meios eficazes para combater a tuberculose, desde que fosse feito uso adequado das “armas que a ciência moderna pôs nas mãos dos técnicos”<sup>(7:17)</sup>.

Assim, esta reunião oferecia a oportunidade para que difundissem os principais objetivos quais sejam: apresentar a situação epidemiológica; justificar as medidas propostas ao Programa de Ação; e solicitar a colaboração das autoridades sanitárias e dos técnicos.

Para defender a Proposta de Ação da CNCT, Villas Bôas discorreu acerca das modificações epidemiológicas obtidas na segunda metade da década de 1950 e nos primeiros anos da década de 1960, com destaque para a transferência gradativa da mortalidade, dos grupos mais jovens para grupos com idade mais elevada, e a duração da doença, que passou de 4 para 40 meses; esta doença de alta mortalidade em outros tempos, embora fosse perfeitamente curável, permanecia com características de ‘doença de invalidez’. Dessa forma, considerava pouco expressivo o percentual de curas, além de demonstrar a preocupação com a quantidade de doentes resistentes a, pelo menos, um dos agentes antimicrobianos “*standard*” disponível<sup>(6)</sup>.

Villas Bôas concluiu sua palestra no evento referido com a seguinte consideração: “como o tratamento adequado da doença negativava as fontes de contágio em 3 a 4 meses e curava 90% dos casos, independente da extensão das lesões”, logo, “os insucessos observados” seriam resultado, principalmente, do uso inapropriado dos quimioterápicos e da falta de cooperação do doente, que na maioria das vezes não recebia orientação pertinente<sup>(6)</sup>.

Assim, o novo Programa da CNCT encerrava medidas de profilaxia e assistência; ensino e pesquisa; educação; e ação social, com vistas a prevenir a infecção pela vacinação e estudar as possibilidades de evitar que a infecção progredisse para doença, em função do emprego da quimioterapia, cuja eficácia corresponderia a uma das mais importantes armas profiláticas.

No que se refere às medidas de Profilaxia e Assistência, estas compreendiam a Ação Dispensarial e a Ação Hospitalar. A primeira tinha o objetivo de tratar o doente nos dispensários, evitando a internação. Para isso, seria importante dispor das unidades sanitárias que participariam da CNCT, através de um “plano especial de trabalho” previamente elaborado e que já estava parcialmente em execução; e a instalação de Dispensários Regionais de Tuberculose nos Centros de Saúde<sup>(6)</sup>.

Entretanto, a inserção dos dispensários de tuberculose nos Centros de Saúde existentes gerou resistência da equipe da Saúde Pública, visto que esses dispensários tinham autonomia, inclusive financeira, em relação aos Centros de Saúde, servindo de estímulo para exaltar tais diferenças e propiciar embates entre as equipes de profissionais de cada uma dessas estruturas. Comumente, as equipes dos Centros de Saúde que abrigavam os dispensários eram consideradas “os miseráveis do centro de saúde”, enquanto estes se referiam às equipes profissionais dos dispensários como “os ricos da tuberculose” (D2).

Outro aspecto a ser considerado é que, a despeito de o Programa da CNCT prever a instalação de Dispensários Regionais de Tuberculose, no entendimento de José Antonio Nunes de Miranda, a fase dispensarial não aconteceu, ou seja, não criaram mais dispensários, e não houve um remanejamento de pessoal dos hospitais para os dispensários; na avaliação de Miranda, não ocorreu uma mudança de estratégia, de luta, como um todo (D2).

Em relação à Ação Hospitalar, esta preconizava a internação de curta permanência e previa o entrosamento hospital-dispensário, visando, entre outras medidas, a internação dos doentes bacilíferos ainda não tratados, os “Virgem de Tratamento” (VT) e os “Possivelmente Sensíveis” (PS), por períodos curtos, suficientes à negatificação e regressão das principais lesões, o que ocorria em um período médio de 3 a 4 meses. As vantagens apontadas pelas autoridades eram: melhor controle do tratamento inicial; maior facilidade de investimento na educação do doente submetido à quimioterapia; isolamento da fonte de infecção; e movimentação mais eficaz dos leitos hospitalares, resultando em maior rendimento econômico. Para o diretor do SNT, Villas Bôas, era “realmente melhor não tratar do que tratar mal”<sup>(6: 37)</sup>.

Esta questão não era consenso entre as autoridades do campo da tisiologia, como é o caso de Edmundo Blundi, médico pneumologista, paulista, que tinha acumulado experiência também em função do cargo de diretor do Departamento Médico do Conjunto Sanatorial de Curicica. Era Professor da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica e foi sucessor de Hélio Fraga na superintendência da CNCT. Edmundo Blundi também era detentor de discursos acerca do combate à tuberculose. Em seu depoimento, afirma que “combateu muito aquela história de internar Virgens de Tratamento e deixar os crônicos em casa”. Para Blundi, a presença do doente crônico e bacilífero no domicílio representava um risco maior de contaminação para os familiares, por isso, colocava-se frontalmente contrário a este aspecto da política de luta contra a tuberculose. Acrescenta ainda que Hélio Fraga era defensor da manutenção do doente crônico em seu domicílio. Na análise de Blundi, os resultados poderiam ser considerados “formidáveis”, mas isso se dava em “sacrifício” de outros; e conclui declarando que o adequado seria internar tanto os Virgens de Tratamento quanto os doentes crônicos, e não “deixar um bacilífero em casa, como acontecia naquele tempo” (D3).

Embora o Programa apresentasse pontos de discordância entre os grupos médicos no campo da tisiologia, o mesmo foi sendo implementado. Com isso, deu-se início a dois modelos de ação para o tratamento, um monofásico, realizado durante doze meses no dispensário, e outro difásico, iniciado no hospital com duração de três a quatro meses e concluído no dispensário<sup>(2)</sup>.

Como observamos, a proposta sustentada na Ação Dispensarial, adotada como meta no novo rumo da luta contra a tuberculose, ocasionou sérias resistências e oposições ao modelo a ser implantado, levando a CNCT a tornar-se alvo de sérias críticas por parte de alguns agentes no campo da saúde, inclusive no interior da própria CNCT. Essas críticas eram direcionadas tanto ao superintendente da campanha como também ao novo modelo a ser implantado (D2).

Estas reações foram manifestadas por grupos de médicos contrários aos novos rumos da campanha. De acordo com Blundi, os médicos se agrupavam de acordo

com suas afinidades ideológicas, ou seja, favoráveis ou não ao tratamento dispensarial (D3).

Em relação à oposição ao superintendente da campanha, pode ser observada no depoimento de um médico do Conjunto Sanatorial de Curicica, quando este se referiu a Aldo Villas Boas da seguinte maneira: “...esse grupo que vem de Pernambuco sem eira nem beira mudar as coisas por aqui ...” (D2).

O depoente, portanto, evidencia a resistência de um grupo voltada tanto para um médico vindo de outro estado para superintendência da campanha como também às alterações decorrentes da implantação das novas diretrizes para a luta contra a tuberculose.

Ao abordar a política de internação da CNCT em uma palestra no XII Congresso de Tuberculose, realizada em 1963, em Vitória-ES, Flávio Poppe de Figueiredo informa que a mesma previa a desestimulação da internação dos doentes crônicos, sobretudo nos hospitais médico-cirúrgicos bem aparelhados. Dessa forma, a internação seria prioritária aos Virgens de Tratamento e aos Possivelmente Sensíveis, afirmando que a intensificação do tratamento na fase inicial acabaria, com o decorrer do tempo, extinguindo os doentes crônicos<sup>(8)</sup>.

A despeito do argumento apresentado por Poppe de Figueiredo, uma outra questão é considerada por Gilmário Teixeira, médico, diretor do Sanatório de Maracanaú – Ceará, e livre-docente em tisiologia, quando da sua participação na 4ª Conferência Nortista de Tisiologia. Para Teixeira, o amplo emprego dos bacteriostáticos, sobretudo a partir de 1952, com a inclusão da isoniazida, teria determinado o decréscimo da letalidade e o aumento do número de curas e convertido as formas graves, terminais, em extensas lesões de potencial evolutivo baixo. Assim, observava-se o aumento do tempo de permanência dos internados, criando uma “legião de doentes” que se ia acumulando nos sanatórios, “asfixiando-os, bloqueando os seus leitos, impondo queda na produtividade do hospital”<sup>(5: 194)</sup>.

Podemos entender, então, que a internação de curta permanência e o tratamento dispensarial atendia aos princípios científicos existentes, à época, além de configurar uma exigência em virtude do estrangulamento dos leitos disponíveis nos sanatórios de tuberculose.

As resistências à política de combate à tuberculose parecia vigorosa. Podemos observar, no fragmento do depoimento de José Antonio Nunes de Miranda, que tal oposição se dava também por parte dos médicos dos sanatórios. Ao recorrer à sua experiência, Miranda lembra que participou do início da implantação do tratamento dispensarial, o qual se referia como a “cruzada do Aldo Villas Bôas”, e recorda que havia uma reação muito grande do pessoal do hospital, e atribuía esse comportamento ao “conservadorismo”, pois o pessoal médico, “criado com aquele espírito hospitalar”, se defrontava com uma nova fase no combate à tuberculose, na qual “foi caindo aquela história de hospitalização até a cura ... foram adotando uma alta rotatividade do doente dentro do sanatório ... dava o esquema, melhorava dava alta, e então, ficava tratando no dispensário”. Miranda observa que o pessoal médico, no qual se incluía, era “tão enfronhado, tão entusiasmado com o tratamento que reagiu, a gente reagiu muito ...” (D4).

Em meio a essas alterações e à mudança do Governo decorrente do Golpe de Estado em 1964, com a posse do Marechal Humberto de Alencar Castello Branco para presidente, assume o novo Diretor do SNT, o conceituado médico Hélio Fraga, dando continuidade aos novos rumos da CNCT iniciados na gestão de Aldo Villas Bôas.

Hélio Fraga era conhecido e reconhecido no campo da tisiologia pelo seu capital cultural adquirido ao longo de sua trajetória profissional, com vasta experiência como pesquisador e participação em investigações sobre a Quimioterapia da Tuberculose, estudos de âmbito internacional, realizados pelo Instituto de Tisiologia e Pneumologia (ITP), em parceria com a União Internacional Contra a Tuberculose (UIC). Foi o líder pioneiro na organização e coordenação de Cursos de Tisiologia do país, além de atuar como presidente da Comissão Técnica da CNCT desde a sua criação<sup>(9)</sup>.

Na condição de diretor do SNT, concede uma entrevista, publicada no Jornal Correio da Manhã, em 3 de setembro de 1964, intitulada “Tuberculose deixa 400 mil sem leito”<sup>(10: 479)</sup>. No conteúdo da matéria publicada consta que havia um total de “500 mil tuberculosos no país e apenas 27 mil leitos nos hospitais especializados”, justificando assim a impossibilidade de conter a propagação da

doença. Na entrevista explica que “apesar do elevado número de doentes para o reduzido número de leitos, muitos doentes crônicos e irrecuperáveis permaneciam ocupando leitos que poderiam se destinar àqueles com maiores chances de ficarem curados, se submetidos ao “eficiente tratamento”. Na oportunidade, informou que doentes preferiam “ficar vivendo como albergados nos hospitais “por falta de amparo da família; medo de não conseguir emprego ao deixar o hospital; e por simples costume à vida que levavam internados”<sup>(10: 479)</sup>.

O conteúdo da entrevista levou Hélio Fraga, no dia seguinte, a solicitar a publicação de uma nota de esclarecimento acerca da matéria, argumentando que havia incorreções e que estas “desfiguravam o pensamento expresso pelo diretor em conformidade com a orientação do SNT”.

Na nota encaminhada ao jornal Correio da Manhã, Hélio Fraga explica que o texto da matéria, ao apresentar a relação doente – leito hospitalar, poderia “fazer crer que estariam em uma situação insustentável, e mais, que a solução fosse a construção de novos hospitais”. Essa interpretação seria equivocada. Acrescentou que a tendência geral da luta era para conduzi-la, fundamentalmente, através dos dispensários e com melhor aproveitamento dos leitos disponíveis, de modo a reservá-los, em parte, para a internação de curta permanência dos doentes contagiantes e não tratados, que se poderiam curar em praticamente cem por cento dos casos<sup>(10)</sup>. Com esse esclarecimento Hélio Fraga evidencia o seu entendimento de que, o significado de qualidade na saúde pública, seria oferecer os maiores benefícios de saúde com a maior redução do risco, ao máximo de pessoas, ou ainda, o cumprimento das normas mínimas de atendimento adequado ou conquistar elevados padrões de excelência<sup>(11)</sup>.

Hélio Fraga conclui o teor na nota ratificando que a luta contra a tuberculose naquele momento estava apoiada essencialmente no dispensário, e não, como outrora, no hospital. Quanto à política sanitária do SNT, expressa em seu programa de ação, cabia esclarecer o aumento do rendimento hospitalar mediante a conveniente mobilização dos leitos existentes, o que, na visão do diretor, equivaleria à ampliação do número de leitos<sup>(10)</sup>.

Assim, apesar das diretrizes da campanha e dos resultados de estudos que apontavam para as vantagens do

tratamento fora do hospital, havia forte resistência por parte da população, dos tisiologistas tradicionais, dos proprietários de sanatório particular e de alguns políticos. Nesse sentido, as resistências ao programa ocorreram também por interesses financeiros, pois era a principal preocupação dos empresários da rede privada. Diante da impossibilidade de suprimir leitos, foi então necessário promover o entrosamento dispensário-sanatório, propiciando um melhor rendimento dos leitos<sup>(12)</sup>.

O sanatório então se vê obrigado a fazer as reformas de sua estrutura, administrativas e assistenciais. Essa reorganização decorria do fato de a luta contra a tuberculose ser constituída por um sistema de cadeia, em que a produtividade e a eficiência de um dependiam da ação do outro, ou seja, o entrosamento adequado do hospital-dispensário<sup>(5)</sup>.

Portanto, é importante considerar que, embora Hélio Fraga fosse conhecido e reconhecido pela comunidade científica, sobretudo no campo da tisiologia, isso não implicava a ausência de opositores à sua política de combate à tuberculose. Conforme relato de Edmundo Blundi, “existiam os grupos de médicos em virtude do Hélio Fraga, aqueles que compactuavam com seus pensamentos” (D3), ou seja, a posição adotada por Hélio Fraga com as novas diretrizes para a campanha contra a tuberculose agregava aliados como: Aristides Paz de Almeida, Flavio Poppe de Figueiredo e Jessé Teixeira. Por outro lado, tal proposta não era isenta de críticas. Em seu depoimento, ao comentar a influência desse grupo na CNCT, Blundi informa que esses médicos “dominaram o Serviço [Nacional de Tuberculose] por muitos anos”, e acrescenta que “a CT [Comissão Técnica] era eterna, os médicos eram donos de lá: Hélio Fraga dominava e não respeitava ... Na avaliação de Blundi, a constituição da CT era um erro, pois se tratava de “uma comissão da Guanabara [composta por médicos do estado da Guanabara] há muitos anos, ao passo que o Brasil era diferente” (D3). Nesse sentido, podemos perceber a existência de grupos que defendiam interesses distintos e que se situavam no campo da tisiologia em função destes.

O Dr. Hélio Fraga permaneceu na direção do SNT até o ano de 1969, quando foi motivado a pedir exoneração deste e de outros cargos por divergências com o Ministro da Saúde, à época, Leonel Miranda. Com isso, aconteceu

uma reconfiguração nas ocupações dos espaços de poder e prestígio no campo da tuberculose no Brasil.

### **A enfermagem e o novo modelo no combate à tuberculose**

A recente política de combate à tuberculose foi sendo divulgada e implantada a nível nacional, obrigando os serviços de saúde a várias reformas na sua estrutura. Segundo Teixeira, dentre as alterações, seria necessário um grupo de profissionais de enfermagem capacitado para as novas atribuições reservadas aos sanatórios, que incluíam a Educação Sanitária, a medicação supervisionada, o controle dos comunicantes e o entrosamento com o dispensário<sup>(5)</sup>.

Assim, no que se refere à Ação Hospitalar no estado da Guanabara, o Hospital Estadual Santa Maria (HESM), cenário deste estudo, foi o pioneiro a implantar essas reformas para atender ao novo modelo de internação de curta permanência<sup>(8)</sup>.

Vale ressaltar que, no ano de 1960, na Guanabara, foi criada uma Comissão Supervisora de Enfermagem, constituída pelas chefes de Enfermagem de todos os Serviços de Saúde do estado. Esta comissão teve como objetivos analisar a situação da enfermagem, estimar as necessidades e reorganizar o Serviço de Enfermagem em suas instituições médico-sanitárias.

O relatório desse estudo teve o reconhecimento da maior autoridade do estado, o governador Carlos Lacerda, que, ao elogiar o trabalho realizado, ordenou que fossem cumpridas as recomendações e o encaminhou para publicação no Diário Oficial, em 15 de março de 1962. Contudo, esse levantamento revelou a situação considerada grave para a equipe de enfermagem, em virtude do déficit expressivo de profissionais qualificados, constituído em sua maioria por estagiários, albergados, gandulas e enfermeiras tituladas<sup>(13)</sup>. Porém, a mudança ocorrida no panorama da saúde, no que se refere ao combate à tuberculose, suscitava necessidades de reorganização dos serviços de saúde e redirecionamento do enfoque na formação recursos humanos<sup>(14)</sup>.

Além disso, para a enfermeira Maria Lêda S. Medeiros Ivo, em seu estudo “Diretrizes Gerais para Treinamento

de Enfermeiras, sua aplicação no estado da Guanabara” realizado no decorrer do Curso de Especialização da Escola de Administração Pública e publicado na Revista Médica do Estado da Guanabara, no ano de 1964, essa situação crítica da enfermagem, no estado, era agravada em decorrência do desrespeito às Leis n.775/49 e n. 2604/55, vigentes na época, além do recrutamento por “critérios suspeitos e inidôneos, tais como interesses eleitorais e políticos”, sem considerar, contudo, qualquer fator de ordem técnica<sup>(15: 55)</sup>. Aspectos como esses contribuem para que os profissionais executam suas tarefas de forma desfavorável, com possibilidade de prejuízo nas relações interpessoais e no desempenho dos serviços de saúde<sup>(16)</sup>.

Assim, a situação crítica da enfermagem encontrada nos Serviços de Saúde do estado se refletia no Hospital Estadual Santa Maria (HESM), comprometendo assim o novo modelo de tratamento a ser implantado na instituição. Diante das evidências e necessidades de realizar mudanças na assistência de enfermagem naquele hospital, foi nomeada, para o cargo de chefe do Serviço de Enfermagem, a enfermeira Raimunda da Silva Becker.

Ressalto que a indicação desta enfermeira se deu em virtude do reconhecimento por parte de autoridades do campo da fisiologia quanto ao seu desempenho técnico-científico, decorrente de sua trajetória profissional, pois capitalizou conhecimentos e experiências no tratamento da tuberculose como chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital São Sebastião, além do fato de ter integrado o grupo de coordenação da Primeira Experiência Internacional de Quimioterapia da Tuberculose, realizada no Instituto de Fisiologia e Pneumologia, da então Universidade do Brasil, cujo responsável foi o Professor Hélio Fraga<sup>(9)</sup>.

Diante da responsabilidade de implantar as novas ações na assistência, Raimunda Becker se utilizou de algumas estratégias, entre elas destacamos as mudanças das posições dos agentes, permitindo que as enfermeiras diplomadas ocupassem uma condição de poder e prestígio mais condizentes com o título que ostentavam, pois passavam a assumir a função de Supervisão de Enfermagem (D4).

No que se refere à atualização do conhecimento da equipe, elaborou um programa de treinamento com a par-

ticipação da enfermeira Edilburga Pereira, especialista em educação em enfermagem, organizou uma biblioteca, além de organizar um evento científico-cultural – a Semana da Enfermagem –, providenciando intensa divulgação interna e externa ao hospital. Também investiu na participação de personalidades renomadas da saúde para a composição da mesa e na qualidade de palestrantes (D4).

Além disso, outro ponto também relevante diz respeito à sensibilização de toda a equipe no sentido de que determinadas transformações seriam fundamentais para assegurar um resultado mais eficaz no tratamento ao doente, dentre as quais podemos citar aquelas relacionadas à administração de medicamentos, de forma mais racional e sistematizada, a educação sanitária, acolhimento e informações aos familiares e aumento do número de dias para visita (D4).

É importante entender que este processo de mudança nas posições de poder e prestígio no Serviço de Enfermagem do HESM não se deu de forma tranquila; ao contrário, esse espaço social, como seria previsto, foi cenário de lutas simbólicas envolvendo as enfermeiras diplomadas, as enfermeiras tituladas, os médicos e outros membros que integravam a equipe de enfermagem e eram assim denominados: os *gandulas* – ex-pacientes que passavam a integrar o grupo de cuidadores dos pacientes hospitalizados; e os *albergados* – constituídos por pessoas treinadas para cuidar dos pacientes em troca de abrigo.

Em relação à equipe médica, a chefe do Serviço de Enfermagem percebeu que alguns médicos adotavam, com certa frequência, a alta por indisciplina aos internos. Estas situações iam de encontro ao novo modelo terapêutico a ser implantado e que fora denunciado pela chefe de enfermagem à direção do hospital para as providências cabíveis (D4).

Em virtude do trabalho na implantação do novo modelo de assistência, foi realizado um estudo intitulado “O Tratamento Difásico da Tuberculose Pulmonar como Recurso para Diminuir a Escassez de Leitos nos Países em Vias de Desenvolvimento”. Esse artigo destaca os resultados de dezoito meses de tratamento no HESM, com publicação na Revista do SNT, em 1965. Dentre os autores, destacamos Raimunda Becker (chefe do Serviço de Enfermagem do HESM) <sup>(17)</sup>.



Esse estudo demonstrou a eficácia das medidas adotadas naquele hospital, cuja participação da enfermagem era indiscutível para o êxito da proposta ali implantada. Os dados expostos nesse artigo foram apresentados nos Encontros Regionais dos Técnicos em Tuberculose, promovidos pela CNCT nas cidades de Recife e Porto Alegre, em 1965, bem como na XVIII Conferência Internacional de Tuberculose, realizada em Munique – Alemanha<sup>(17)</sup>.

A avaliação epidemiológica dos dezoito meses após a implantação das mudanças no HESM indicam que, nesse período, houve uma considerável redução no tempo médio de ocupação dos leitos, além do aumento significativo no percentual de altas por iniciativa médica, traduzindo, desta forma, a melhoria na eficiência da ocupação dos leitos. De acordo com os autores, esses índices, considerados favoráveis, permitiram classificar, à época, o Hospital Estadual Santa Maria, como um estabelecimento com bom rendimento<sup>(17)</sup>.

Podemos perceber que os doentes davam continuidade ao tratamento no dispensário sob a responsabilidade técnico-administrativa do HESM, e também apresentaram indicadores positivos importantes, como o índice de abandono de tratamento, de aproximadamente 12%, considerado baixo quando comparado ao de outros dispensários do estado, à época.

Segundo os autores, esses resultados alcançados também eram resultantes da eficiência da educação sanitária, realizada pelas enfermeiras durante o período de internação hospitalar, fase que precedia o tratamento dispensarial<sup>(17)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Campanha Nacional Contra a Tuberculose, quando instituída no ano de 1946, causou grande impacto no campo da saúde pública. Idealizada por Raphael de Paula Souza, teve como principais metas a implantação de ações sistematizadas de âmbito nacional e a criação de leitos hospitalares para o tratamento da tuberculose.

Entretanto, o advento e o uso dos agentes antimicrobianos e os estudos que apontavam a viabilidade do tratamento, desvinculando-o da hospitalização, constituíram

as bases que foram de encontro aos ideais da “mística de Paula Souza”.

Assim, no início dos anos de 1960 percebia-se a necessidade de um reajustamento nas ações de luta no combate à tuberculose, considerando, além do advento dos agentes antimicrobianos específicos, o uso mais racional desses agentes e maior eficácia nas internações.

Dessa forma, na gestão do Villas Bôas, foi amplamente divulgado e implantado o Novo Programa de Ação rompendo paradigmas e iniciando um novo modelo, apesar das resistências ocorridas no campo da tisiologia.

No que se refere à Ação Hospitalar no estado da Guanabara, o HESM foi o pioneiro na implantação desse modelo. Para tanto, foi necessária a nomeação de uma enfermeira diplomada para assumir a chefia do Serviço, a qual utilizou algumas estratégias para alterar a assistência prestada naquele hospital, pois até aquele momento o Serviço era conduzido por enfermeiras tituladas e contava com pessoal de enfermagem sem a qualificação necessária.

O estudo evidencia a importância da presença da enfermeira diplomada como líder da equipe de enfermagem e profissional competente para integrar a implantação de um novo Programa de Ação na luta contra a tuberculose em um espaço determinado, o Hospital Estadual Santa Maria.

O impacto das medidas adotadas pela chefe de enfermagem resultou no reconhecimento de que a assistência de enfermagem no HESM representava um modelo assistencial para os demais hospitais da rede estadual. Desta forma, possibilitou ampliar a visibilidade daquele grupo de enfermeiras diplomadas, sobretudo o de Raimunda Becker; tanto que, no ano seguinte à sua nomeação, em 1965, foi convidada a participar de um grupo de trabalho, criado por determinação do Diretor do Departamento de Serviços Assistenciais da Superintendência de Serviços Médicos (SUSEME) da Guanabara, que tinha como objetivos propor medidas e técnicas de enfermagem com vistas a padronizar a administração e o controle da medicação para doentes com tuberculose, além de elaborar recomendações para o cuidado dos pacientes, desde a admissão até a alta hospitalar.

Em 1966, ainda como repercussão do trabalho realizado, a chefe do Serviço de Enfermagem recebeu e

aceitou o convite de Hélio Fraga para chefiar o Setor de Enfermagem da CNCT, órgão consultivo da direção do SNT que reunia peritos em assuntos de enfermagem com o objetivo de elaborar programas e normas de trabalho para serem adotadas nos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Carneiro JE. A Luta antituberculosa no Brasil. *Rev Serv Nac Tuberculose*. 1960; 4(16): 451- 60.
2. Garcia Filho, JG. Novos rumos na luta contra a tuberculose. *Rev Serv Nac Tuberculose*. 1960; 4 (14): 116-20.
3. Padilha MICS, Borenstein MS. O método de pesquisa histórica na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 2005; 14(4): 575-84.
4. Castro H. História social. In: Cardoso FC, Vainfas R. organizadores. Domínios da história. Ensaio de teoria e metodologia. Rio de Janeiro: Ed. Campos; 1997.
5. Teixeira GM. O Sanatório em face do estado atual da luta antituberculose. *Rev Serv Nac Tuberculose*. 1958; 2(6):179-94.
6. Bôas AV. O Problema da tuberculose no Brasil. *Rev Serv Nac Tuberculose*. 1962; 6(21): 33- 8.
7. Bôas AV, Albuquerque AFR. Revisão do valor dos índices epidemiológicos. *Rev Serv Nac Tuberculose*. 1960; 4(15): 277- 88.
8. Figueiredo FP. Quimioterapia da tuberculose. *Rev Serv Nac Tuberculose*. 1960; 4(14): 121-31.
9. Becker RS. Participação da enfermeira nas investigações de quimioterapia da tuberculose: estudo de investigação de quimioterapia do Instituto de Tisiologia e Pneumologia. [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1976.
10. Fraga H. Hospital e dispensário. *Rev Serv Nac Tuberculose*. 1964; 8(3º trim).
11. Barroso LMM, Victor JF. Qualidade dos serviços ao cliente e dos serviços de apoio em unidade básica de saúde da família. *Rev Rene*. 2003; 4(1): 17-23.
12. Barreira IA. A Enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose. [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1992.
13. Menezes AL. Levantamento de necessidades de Enfermagem. *Rev Méd Est Guanabara*, 1962; 29(4):129-73.
14. Saho M. O papel do monitor na formação da gerência de unidade básica de saúde. *Rev Rene*. 2001; 2(1): 27-35.
15. Ivo MLSM. Diretrizes gerais para treinamento de enfermeiras: sua aplicação no Estado da Guanabara. *Rev Méd Est Guanabara*, 1964; 31(3): 45-63.
16. Mouroe AA, Gonzáles RIC, Palha PF, Sasaki LM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF et al. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial da unidade básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 2008; 42(2): 464-8.
17. Figueiredo FP, Meyer H, Teixeira J, Galbo J, Neves JSFN, Becker RS, Pantoja WP. O Tratamento difásico da tuberculose pulmonar como recurso para diminuir a escassez de leitos nos países em vias de desenvolvimento. *Rev Serv Nac Tuberculose*, 1965; 9(36): 257-78.

RECEBIDO: 17/07/2008

ACEITO: 03/03/2009