

# A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria\*

## *The history of tuberculosis in Brazil: the many shades (gray) of the misery*

Marina de Souza Maciel<sup>1</sup>, Plínio Duarte Mendes<sup>2</sup>, Andréia Patrícia Gomes<sup>3</sup>, Rodrigo Siqueira-Batista<sup>4</sup>

\*Recebido do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa, MG, e do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Rio de Janeiro, RJ.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** A história da tuberculose (TB) no Brasil possui características próprias de acordo com o contexto político, social e científico vigente. O presente artigo teve por objetivo apresentar os aspectos de maior destaque atinentes à história da TB no Brasil, tecendo-se comentários relativos às principais conformações adquiridas pela moléstia em distintos intervalos temporais, do período colonial aos dias atuais.

**CONTEÚDO:** A TB instalou-se no Brasil desde a colonização do país, disseminando-se entre as classes menos favorecidas. Durante o século XIX, a concepção da doença como “mal romântico” foi extremamente difundida, sobretudo entre os poetas da época. A partir do século XX a doença passa a ser claramente percebida como um preocupante problema de saúde, em termos individuais e coletivos. A partir de então, um conjunto de ações adotadas contribuíram para a importante redução da mortalidade da TB no país.

**CONCLUSÃO:** O estudo da história da TB torna-se importante por oferecer subsídios para a elaboração de novas estratégias de controle, além de apontar para a não repetição equívocos, os quais ecoam, historicamente, até os dias atuais.

**Descritores:** História, Saúde pública, Tuberculose.

### SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** The history of tuberculosis (TB) in Brazil has its own characteristics according to certain political, social and scientific current. This study aimed to present the most outstanding aspects related to the history of TB in Brazil, with comments relating to the major conformations acquired by the disease at different time intervals, from the colonial period to today.

**CONTENTS:** The TB has settled in Brazil since its colonization, spreading in underprivileged classes. During the 19<sup>th</sup> century, the disease conception as “romantic sickness” was extremely widespread, especially among the poets of the time. At 20<sup>th</sup> century the illness was finally understood as a worrying health problem, both in individual and collective aspects. Since then, a set of actions were taken and all have contributed to the important TB mortality reduction in the country.

**CONCLUSION:** The study of history of TB is important, since it may provide a substrate for the development of new strategies for the control of the disease, while pointing to the non-repetition of mistakes, which echoes, historically, until today.

**Keywords:** History, Public health, Tuberculosis.

### INTRODUÇÃO

À luz dos conhecimentos atuais, baseados em evidências arqueológicas e históricas, admite-se que os primeiros casos do acometimento humano pela tuberculose (TB), a “peste branca”, tenham ocorrido em múmias egípcias, há mais de 5000 anos a. C., as quais apresentavam anormalidades típicas do comprometimento vertebral pela TB (o Mal de Pott), além de tecidos contendo o DNA do *Mycobacterium tuberculosis*<sup>1</sup>. É provável, no entanto, que os membros do complexo *M. tuberculosis*, incluindo não só o *M. tuberculosis*, mas as suas variantes *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium canettii* e *Mycobacterium bovis*, tenham tido um ancestral africano comum há 35.000-15.000 anos<sup>2</sup>.

Na América do Sul, achados arqueológicos apontam para a presença de TB pulmonar em uma múmia peruana que morreu há 1.100 anos a.C.<sup>1,3</sup>, da qual foram extraídos e estudados, a partir de técnicas de reação em cadeia da polimerase (em inglês Polymerase Chain Reaction = PCR), fragmentos de tecido, detectando-se seqüências compatíveis com o DNA do *Mycobacterium tuberculosis*. Admite-se que esta seja a primeira confirmação diagnóstica acerca da existência de TB na era pré-colombiana no continente americano. Contudo, propõe-se que a TB tenha assumido condição de

1. Médica Residente de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

2. Médico Graduado pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)/ Teresópolis, RJ, Brasil

3. Doutora em Ciências, FIOCRUZ. Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil

4. Doutor em Ciências, FIOCRUZ. Professor Adjunto do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Viçosa, MG, Brasil

Apresentado em 13 de junho de 2011

Aceito para publicação em 23 de março de 2012

Conflito de interesses: Nenhum.

Endereço para correspondência:

Dra. Marina de Souza Maciel

Rua Rio de Janeiro, 1302/703 – Lourdes

30160-041 Belo Horizonte, MG.

Fone: (21) 2642-7291

E-mail: macielmarina@hotmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

epidemia na população indígena, inclusive a existente no Brasil, somente a partir da colonização européia<sup>14</sup>, determinando consequências econômicas e sociais para a sociedade brasileira até os dias atuais<sup>5</sup>. O impacto da TB no Brasil, bem como a história das políticas de controle por parte do Estado, possui características próprias de acordo com determinado contexto político, social e científico vigente.

Com base nestas considerações, o presente artigo teve como objetivo apresentar elementos relevantes da história da tuberculose no Brasil. Neste sentido, apresentam-se dados descritos em revisão da literatura dirigida aos aspectos históricos da doença no país, tecendo-se comentários relativos às principais conformações adquiridas pela moléstia em distintos intervalos temporais, do período colonial aos dias atuais. Para isto, foram consultadas as bases de dados Scielo e a Pubmed, até 23 de agosto de 2011, utilizando-se como descritores: *tuberculose/tuberculosis*, *história/history* e *Brasil/Brazil* (Tabela 1). Além disso, foram empregados livros e publicações do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS), relativos ao tema. A tabela 1 explicita a estratégia de pesquisa bibliográfica, tendo sido encontrados 136 citações, das quais 19 textos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão definidos de modo a contemplar o objetivo proposto pelo estudo. Deste modo, foram eleitos trabalhos que abordassem aspectos atinentes à TB no Brasil do século XVI ao século XX, incluindo, sobretudo, os textos relativos às representações da doença e ao desenvolvimento das políticas públicas de seu controle. Seis textos foram escolhidos a partir da lista de referências dos 19 manuscritos optados. O total de artigos selecionados (25) foi lido e as informações organizadas em diferentes seções – 1. A tuberculose no Brasil: do descobrimento até o século XIX, 2. A tuberculose no Brasil no século XIX e primórdios do XX: uma visão romântica, 3. tuberculose no Brasil: o século XX - apresentadas a seguir.

## ATUBERCULOSE NO BRASIL: DO DESCOBRIMENTO ATÉ O SÉCULO XIX

Durante a colonização portuguesa se estabeleceram, no Brasil, jesuítas e colonos infectados pela “peste branca”. O contato permanente dos doentes com os índios proporcionou o adoecimento e a morte de muitos nativos. Sugere-se que o Padre Manuel da Nóbrega, chegado ao Brasil em 1549, tenha sido o primeiro indivíduo conhecido portador de tuberculose no país<sup>6</sup>. Referências a quadros clínicos compatíveis com a doença foram encontradas nas cartas de Inácio Loyola (1555) e de José de Anchieta (1583) destinadas ao reino de Portugal<sup>7</sup>, nas quais se relata que “*os índios, ao serem catequizados, adoecem, na maior parte, com escarro, tosse e febre, muitos cuspidos sangue, a maioria morrendo com deserção das aldeias*”<sup>3</sup>.

Durante o Brasil Império, há estimativas de que a mortalidade por TB, em 1855, se aproximava de 1/150 habitantes<sup>6</sup>. Neste

momento, o setor público de saúde começou a conceder maior destaque a esta doença, através da participação do Dr. Francisco de Paula Cândido, o qual, presidindo a Junta Central de Higiene do Império, obteve aprovação no Parlamento para a adoção de medidas sanitárias para o controle da TB. Neste contexto, visando à abordagem das condições de higiene das habitações coletivas, ditas “cortiços” e das epidemias de TB, varíola, febre amarela e disenterias, então habituais no Rio de Janeiro, diversas leis para assuntos habitacionais e questões sanitárias foram instituídas a partir de 1870. Com efeito, entre os anos de 1876 e 1886, contabilizaram-se cinco decretos e um aviso ministerial estabelecendo novas regras para os serviços de saúde nas cidades<sup>7</sup>.

Similarmente ao que ocorreu na Europa durante a Revolução Industrial, a epidemia de TB no Brasil tornou-se realidade na maior parte das cidades, sendo denominada “a praga dos pobres”, dada sua íntima relação com moradias insalubres, apresentando pequeno espaço interior e repleção de pessoas, com falta de higiene e com alimentação deficiente, elementos observados na população mais acometida<sup>8</sup>. Complicando ainda mais este cenário, descreve-se que ao longo do século XIX, a atenção à saúde era insuficiente e as questões relacionadas à higiene e à urbanização, nas grandes cidades, ficavam em grande medida a cargo das autoridades locais. Ademais, a saúde pública era gerida em consonância com os interesses econômicos e políticos da elite<sup>9,10</sup>. Sendo assim, as práticas sanitárias visavam controlar doenças que pudessem comprometer diretamente a expansão econômica capitalista. A repercussão social destes fatos seria observada no final do século XIX e início do século XX, quando a TB passou a ser considerada a principal causa de morte no Rio de Janeiro<sup>11</sup>.

No âmbito assistencial, as Santas Casas de Misericórdia tiveram papel pioneiro e solidário na atenção aos pacientes tuberculosos, desde o período do Brasil colônia, até a criação dos sanatórios e dos dispensários a partir do ano de 1920<sup>6,12</sup>. Fundamentadas em uma concepção humanitária de assistência, as irmandades desempenhavam o papel de amparar os pobres, ofertando-lhes alimentação e descanso<sup>13</sup>.

Neste interregno, mantinham-se elevadas taxas de morbimortalidade pela doença, contexto que se perpetuaria até meados do século XX, época na qual, efetivamente, as mesmas começariam a declinar, com o advento da terapia farmacológica<sup>14</sup>.

## ATUBERCULOSE NO BRASIL NO SÉCULO XIX E PRIMÓDIOS DO XX: UMA VISÃO ROMÂNTICA

Do ponto de vista epidemiológico, no século XIX, a TB representou importante causa de mortalidade no Brasil, descrevendo-se cerca de 700 óbitos a cada 100.000 habitantes<sup>15</sup>. A despeito disso, a TB era vista de forma ‘positiva’ pela sociedade da época<sup>16</sup>. De fato, até a metade do século XIX, o tuberculoso era percebido por seus contemporâneos em uma posição de refinamento, quicé motivado pelo ideário romântico, especialmente entre intelec-

Tabela 1 – Estratégia de pesquisa bibliográfica.

Bases Consultadas	Nº de Citações Obtidas	Artigos Excluídos	Estudos selecionados de acordo com os critérios de inclusão (número total)
Scielo	26	21	19*
Pubmed	110	96	

\*Alguns artigos selecionados estavam citados na Scielo e na Pubmed; por conseguinte, optou-se por mencionar-se, aqui, o número total de artigos escolhidos.

tuais e artistas. Neste contexto, a visão lírica da doença permitia aos artistas expressarem seu sentimento de ambivalência, ora pelo sofrimento que a doença gerava, ora pela peculiaridade que a ela lhes garantia<sup>16</sup>. Tal distinção surgia “*como se as belas-artistas atraíssem o bacilo ou o bacilo, junto com a febre e as pontadas, desencadeasse o amor das artes, mormente o das letras*” (Queiroz, 1949, *apud* Montenegro, 1971, p. 22)<sup>17</sup>. Embora fossem conhecidas as repercussões dramáticas quanto aos prejuízos à saúde, poetas como Casimiro de Abreu e Rachel de Queiroz, esta aos 16 anos de idade, chegaram a ansiar pela tísica, tendo em vista os dotes intelectuais e interessantes que a doença supostamente proporcionava. Cansado do que chamou de “monotonia da boa saúde”, Casimiro, em carta de 1858, manifestou o desejo em contrair a doença: “*Querida a tísica com todas as suas peripécias, queria ir definhando liricamente, soltando sempre os últimos cantos da vida e depois expirar no meio de perfumes debaixo do céu azulado da Itália, ou no meio dessa natureza sublime que rodeia o Queimado*”<sup>17</sup>.

Também Machado de Assis manifestou-se acerca da tísica: “*os poetas em todos os tempos tiveram sempre uma queda para as criaturas descoradas*” (citado por Montenegro, 1971, p. 27)<sup>17</sup>. Casimiro de Abreu e outros poetas brasileiros, dentre eles destacam-se José de Alencar, Cruz e Souza e Augusto dos Anjos, tiveram um desfecho fatal pela TB. Manuel Bandeira desponta como mais importante personagem da literatura brasileira a relacionar a tísica ao desenvolvimento da vocação literária. Adoeceu aos 18 anos e descreveu a maneira como a doença se apresentou: “*A moléstia não chegou sorrateiramente, como costuma fazer, com emagrecimento, febrinha, um pouco de tosse, não: caiu [...] de sopetão e com toda a violência, como uma machadada de Brucutu*”<sup>17</sup>. Embora Bandeira não tenha sido mais uma vítima fatal da TB, morreu aos 82 anos de hemorragia digestiva em decorrência de uma úlcera duodenal<sup>18,19</sup>, o espectro da doença e a espera da morte sempre foram uma constante em suas obras.

A partir do século XX, no entanto, ocorre o declínio da associação entre a tuberculose e a criação artística, a partir de quando a doença passa a ser identificada, de forma mais clara, como preocupante problema de saúde, por sua persistência e propagação, particularmente entre as populações desfavorecidas. Relacionado a esse novo cenário, observou-se, também, a mudança de concepção sobre a enfermidade, passando de “mal romântico” a “mal social”, contexto que acabou convergindo para a *estigmatização* social do enfermo<sup>11</sup>, a qual se perpetua, em grau distinto, até os dias atuais.

## A TUBERCULOSE NO BRASIL: O SÉCULO XX

A TB no século XX caracterizou-se por altas taxas de mortalidade, sobretudo até o final dos anos 40. A partir de então, começaram a ser utilizados medicamentos para o tratamento da doença. Marcada como uma das principais causas de óbito nas capitais, superada, geralmente, por diarreias e pneumonias, estima-se que nesse período a TB tenha sido responsável por aproximadamente 10% dos óbitos ocorridos na cidade de São Paulo<sup>14</sup>.

A ausência de participação efetiva do poder público para o controle da TB<sup>20</sup> permitiu o surgimento, entre médicos e sociedade civil, das primeiras instituições criadas especialmente para abordar o problema, seguindo modelos europeus. Nesse contexto, em

1899, foram fundadas a Liga Brasileira Contra a Tuberculose no Rio de Janeiro, atual Fundação Ataulpho de Paiva e a Liga Paulista Contra a Tuberculose<sup>14</sup>. As Ligas atuaram na propagação de métodos de tratamento e de profilaxia vigentes no meio médico-social europeu, destacando-se: 1. campanhas de educação sanitária, 2. atendimento aos pobres e 3. estímulo à criação de sanatórios, dispensários e preventórios<sup>20</sup>.

A participação do setor público naquilo que ficou conhecido como luta contra a TB se iniciou efetivamente com Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública, no início do século XX, ao reconhecer a necessidade da atenção das autoridades sanitárias em relação à doença. Instituiu-se, então, o Plano de Ação Contra Tuberculose, visando à implantação de condutas profiláticas e terapêuticas, atingindo, contudo, pouca repercussão<sup>4,21</sup>.

Um evento importante para a história da TB no século XX foi a Reforma Carlos Chagas, a qual dá início, em 1920, a uma fase de maior comprometimento do Estado no controle da TB. Foi, então, criada a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, cuja finalidade era estabelecer o diagnóstico e o tratamento dos casos de TB, além de se empenhar na prevenção da doença<sup>4,22,23</sup>.

Sob supervisão da Liga Brasileira Contra a Tuberculose iniciou-se, em 1927, a vacinação com o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) em recém-nascidos. Posteriormente, em 1930, houve um incremento na formação de profissionais preparados para as ações dirigidas ao controle da TB, a partir da inclusão do ensino de Tisiologia no currículo da Faculdade Nacional de Medicina, por Clementino Fraga<sup>20</sup>.

Em 1936, o médico brasileiro Manoel Dias de Abreu, desenvolveu um novo método diagnóstico que combinava a radiografia de tórax e a fotografia, o qual ficou oficialmente conhecido como “abreugrafia”. O procedimento difundiu-se mundialmente como um exame de rastreio para TB, visto que permitia aplicação em larga escala, com custos inferiores aos da radiografia convencional<sup>14,20</sup>. No Brasil, passou a ser exigido, juntamente com o certificado de vacinação para varíola, como requisito para obtenção do atestado de saúde (utilizado na admissão, no controle periódico de saúde dos trabalhadores e para o ingresso em algumas escolas). Com o decorrer dos anos, no entanto, o exame sofreu críticas concernentes à baixa especificidade e às dificuldades no seguimento dos casos de dúvida diagnóstica<sup>14</sup>. No final da década de 1970, diante das queixas relativas ao método, a abreugrafia foi substituída pela realização sistemática de baciloscopia em sintomas respiratórios como estratégia de rastreamento de pacientes portadores de TB, uma vez que esta apresenta menor custo e mais fácil operacionalização. Progressivamente, a realização do exame deixou de ser exigida para o fornecimento dos atestados de saúde, até que, em 1990, o Ministério do Trabalho e Previdência Social determinou a exclusão da abreugrafia da lista de exames médicos obrigatórios relacionados à saúde do trabalhador<sup>14</sup>.

No ano de 1941, surgiu o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), com o objetivo de estudar as questões referentes à enfermidade, bem como colaborar para o desenvolvimento de métodos de ação preventiva e assistencial. Mais tarde, em 1946, sob coordenação do Diretor do SNT, Raphael de Paula Sousa, foi criada a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), tendo como escopo coordenar as ações governamentais e privadas de controle da TB desenvolvidas no país. Este feito teve grande

impacto na época, tendo em vista suas repercussões na atenção à saúde a partir da ampliação da estrutura hospitalar em todo o país, uniformidade das ações de saúde e descentralização dos serviços<sup>20,22</sup>.

Entretanto, o marco do tratamento e do controle da TB ocorreu em 1943, com a descoberta da estreptomina pelo americano Selman Waksman, o que lhe garantiu o Prêmio Nobel em Medicina em 1952. Abriram-se, assim, nas décadas seguintes, perspectivas para a busca e a utilização de novos fármacos, incluindo a isoniazida, a pirazinamida, o etambutol e a rifampicina. Além destes medicamentos, até hoje utilizados na primeira linha para o tratamento da doença, o ácido para-amino salicílico e a tiacetazona, dentre outros, surgiram como fármacos de segunda escolha<sup>24</sup>. Os esquemas terapêuticos e seus respectivos tempos de duração, adotados para o tratamento da TB no Brasil ao longo dos anos, podem ser acompanhados na tabela 2.

Tabela 2 – Esquemas terapêuticos utilizados ao longo dos anos.

Ano	Esquemas Terapêuticos	Duração (meses)
1944	Estreptomina	24
1952	SH	18
1964*	SHP	18
1965	3SHP/3HP/6H	12
1971	3SHT/HT	12
1979	2HRZ/4HR	6
2009	2RHZE/4RH	6

Estreptomina (S), Isoniazida (H), Ácido para-amino salicílico (P), Tiacetazona (T), Pirazinamida (Z), Rifampicina (R) e Etambutol (E). \*A partir do ano de 1964, a CNCT padronizou os esquemas terapêuticos para o tratamento da tuberculose em todo o Brasil<sup>25</sup>.

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância; coordenado por Maria José Procópio. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

Com a evolução dos esquemas terapêuticos há paulatina redução do tempo de duração do tratamento, passando de 24 meses (1944) para seis meses (1979), o que pode ter contribuído, em parte, para a maior adesão ao tratamento medicamentoso.

O impacto da terapêutica farmacológica na história da TB pode ser observado pela diminuição da mortalidade por TB em São Paulo: redução de 7,5% ao ano até 1985<sup>26</sup>. Sem embargo, o sucesso terapêutico não foi acompanhado pelo controle da doença, conforme era esperado. Contrariamente, a TB ressurgiu como uma das principais doenças infecciosas no mundo contemporâneo, sendo declarada em 1993, pela OMS, como um grave problema de saúde global<sup>24</sup>. Ademais, após o surgimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) em 1981, observou-se um incremento no número de casos de TB em indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)<sup>6</sup>.

A utilização inadequada dos medicamentos - seja pelo número de tomadas, pelo emprego de esquemas de baixa potência ou pelo abandono do tratamento - tem contribuído para o surgimento de importante resistência do *M. tuberculosis* aos fármacos. Este, contudo, não é um problema novo; de fato, no Brasil, os primeiros registros de resistência datam de 1958-1959, nos pacientes em tratamento na cidade do Rio de Janeiro, então

Estado da Guanabara. Característica semelhante foi observada em outras capitais brasileiras, expondo um problema de impacto nacional. A partir da década de 1960, várias medidas foram implantadas visando o melhor controle da doença, como a padronização do esquema para os casos novos com estreptomina, ácido paraminosalicílico e isoniazida<sup>27</sup>. Em um estudo que comparou a evolução das taxas de resistência na época, foi verificada queda de 9,6% na década de 1970 para 7,4% na década de 1980<sup>28</sup>.

Mais recentemente, o advento da tuberculose multirresistente (TB-MR - em inglês: *multidrug-resistant tuberculosis*) e da tuberculose extensivamente resistente (TB-XR - *extensively drug-resistant tuberculosis*) tem complicado ainda mais o cenário da moléstia. A TB-MR consiste na infecção por bacilos resistentes à rifampicina e à isoniazida, ao passo que a TB-XR refere-se à presença de cepas multirresistentes que também são resistentes às fluoroquinolonas e a qualquer medicamento injetável considerado de segunda linha para o tratamento (amicacina, kanamicina ou capreomicina)<sup>25,29</sup>. Tais bacilos associam-se à maior falha terapêutica, ao pior prognóstico, a mais efeitos colaterais pelo uso de esquemas alternativos e, assim, ao maior custo agregado<sup>25</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora notória durante o século XX, a redução da mortalidade por TB não foi mantida nas últimas décadas<sup>4</sup>. Dentre as razões para tal situação destacam-se: 1. a desigualdade social e seus determinantes, 2. o advento da AIDS, 3. a multirresistência do bacilo causador da moléstia, 4. o envelhecimento da população e 5. os movimentos migratórios. No entanto, a TB é uma doença passível de tratamento e, quase sempre, de cura, para a qual existem medidas preventivas e terapêuticas eficazes. Felizmente, frente à atual conjuntura, ações têm sido propostas com o propósito de reverter tal contexto, como o fortalecimento da estratégia de Tratamento Supervisionado (TS), a capacitação de profissionais dos diversos níveis de atenção à saúde que assistem aos pacientes acometidos pela doença e a investigação diagnóstica de sintomáticos respiratórios, isto é, das pessoas que apresentam tosse há mais de três semanas<sup>30-32</sup>. Estas iniciativas representam estratégias eficazes para a detecção precoce do indivíduo com TB, objetivando, assim, a pronta instituição terapêutica e o menor surgimento de resistência<sup>33-34</sup>. Três distintas dimensões (humanitária, de saúde pública e econômica) são atualmente justapostas para controle global da TB, o que permite maior otimismo frente a esta nova abordagem interdisciplinar da doença. Neste sentido, o estudo da evolução da TB torna-se importante - para a compreensão dos dispares tons de cinza com os quais a doença tinge a história da Humanidade -, uma vez que poderá oferecer subsídios para a elaboração das políticas públicas de saúde visando o controle da doença, além de apontar para a não repetição de erros como a estigmatização social do doente<sup>35</sup>, a qual ecoa, historicamente, até os dias atuais.

## REFERÊNCIAS

1. Daniel TM. The origins and precolonial epidemiology of tuberculosis in the Americas: can we figure them out? *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4(5):395-400.



2. Gutierrez MC, Brisse S, Brosch R, et al. Ancient origin and gene mosaicism of the progenitor of *Mycobacterium tuberculosis*. PLoS Pathog 2005;1(1):e5.
3. Rosemberg J. Tuberculose – aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. Bol Pneumol Sanit 1999;7(2):5-29.
4. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Rev Soc Bras Med Trop 2002;35(1):51-8.
5. Gerald Santos Mde L, Figueiredo Vendramini SH, Gazetta CE, et al. Porvety: socioeconomic characterization at tuberculosis. Rev Lat Am Enfermagem 2007;15:762-7.
6. Campos R, Pianta C. Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunologia, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999, Rio Grande do Sul – Brasil. Bol da Saúde 2001;15(1):61-71.
7. Ruffino-Netto A, Pereira JC. Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso Rio de Janeiro. Rev Saúde Debate 1981;12(1):27-34.
8. Sheppard D de S. 'A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940'. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos 2001;8(1):172-92.
9. Alencar F, Ramalho LC, Ribeiro MV. História da sociedade brasileira. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico; 1985.
10. Siqueira-Batista R. Miséria. 3ª ed. Rio de Janeiro: Kroart; 2007.
11. Nascimento DR. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
12. Belculfiné DC. Os sanatórios e seu tempo. Pneumol Paulista 2009;22(5):68-70.
13. Resende MLC, Silveira NC. Misericórdias da Santa Casa: um estudo de caso da prática médica nas Minas Gerais oitocentista. História Unisinos 2006;10(1):5-13.
14. Antunes JLF, Waldman EA, Moraes M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos 2000;5(2):367-79.
15. Rios MZ. Sanatório Getúlio Vargas: medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo (1942-1967). Dissertação (Mestrado em História). Centro de Ciências Humanas e Naturais. Universidade do Estado do Espírito Santo, UFES, 2009.
16. Porto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. Rev Saúde Pública 2007;41(Suppl 1):43-9.
17. Montenegro TH. Tuberculose e literatura: notas de pesquisa. 2ª ed. Rio de Janeiro: A Casa do Livro; 1971.
18. Porto A. A vida inteira que podia ter sido e que não foi: trajetória de um poeta tísico. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos 2000;6(3):523-50.
19. Nunes TTS. A influência da tuberculose na poesia de Manuel Bandeira. Pulmão RJ 2005;14(1):84-86.
20. Hijjar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, et al. Retrospecto of tuberculosis control in Brazil. Rev Saúde Pública 2007;41(Suppl 1):50-8.
21. Ruffino Netto A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. Bol Pneumol Sanit 1999;7(1):7-18.
22. Fernandes TMD, Almeida ABS, Nascimento DR. Memória Tuberculose – Introdução. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose/introducao.htm> acesso em 05/06/2011.
23. Soares PP. A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos 1994;1(1):127-34.
24. Souza MVN. Tuberculose em gestantes: um importante problema de saúde pública mundial. Rev Bras Farm 2006;87(4):132-8.
25. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância; coordenado por Maria José Procópio. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2008.
26. Antunes JLF, Waldman EA. Tuberculosis in the twentieth century: time-series mortality in São Paulo, Brazil, 1900-97. Cad Saúde Pública 1999;15(3):463-76.
27. Dalcolmo MP, Andrade MKN, Picon PD. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. Rev Saúde Pública 2007;41(1):34-42.
28. Fiúza de Melo FA, Ide Neto J, Seiscento M, et al. Tuberculose multirresistente. J Bras Pneumol 1993;19(1):73-81.
29. Nathanson E, Nunn P, Uplekar M, et al. MDR Tuberculosis--critical steps for prevention and control. N Engl J Med 2010;363(11):1050-8.
30. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Bisaglia JB, et al. Screening for pulmonary tuberculosis in Teresópolis, RJ, Brazil. The search for respiratory symptomatic patients in emergency service of "Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, Fundação Educacional Serra dos Órgãos". Rev Inst Med Trop 2005;47(2):117-8.
31. Siqueira-Batista R, Guedes AGM, Gomes AP, et al. Resposta imune ao *Mycobacterium tuberculosis*: nível de conhecimento de profissionais de Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro antes e após capacitação sobre tuberculose. Pulmão RJ 2006;15(4):238-246.
32. Façanha MC, Melo MA, Vasconcelos FF, et al. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. J Bras Pneumol 2009;35(5):449-54.
33. Siqueira-Batista R, Guedes AGM, Guimarães-Pereira E, et al. Conversações sobre a peste branca: formação em controle de tuberculose de profissionais da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro. Cad Saúde Coletiva 2011;19(3):312-7.
34. Selig L, Geluda K, Junqueira T, et al. A tuberculose no cotidiano médico e o efeito bumerangue do abandono. Ciênc Saúde Coletiva 2012;17(1):113-22.
35. Siqueira-Batista R. Às portas de Tróia. Pulmão RJ 2006;15(2):135.