



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
POLÍTICA (PPGPS)
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – IFNMG/UFSC**

FRANCISCA SOUZA SANTOS

**ENTRE A LIBERDADE INDIVIDUAL E A SAÚDE PÚBLICA:
SABERES, PRÁTICAS E GESTÃO DE CONFLITOS EM CASO
DE DESCONTINUIDADE DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE**

**FLORIANÓPOLIS
ABRIL/2015**

FRANCISCA SOUZA SANTOS

**ENTRE A LIBERDADE INDIVIDUAL E A SAÚDE PÚBLICA:
SABERES, PRÁTICAS E GESTÃO DE CONFLITOS EM CASO
DE DESCONTINUIDADE DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE**

Dissertação de mestrado
apresentada à Universidade Federal
de Santa Catarina com vistas à
obtenção do título de Mestre em
Sociologia Política

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia
Grisotti

FLORIANÓPOLIS
ABRIL/2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Santos, Francisca Souza

Entre a Liberdade Individual e a Saúde Pública: Saberes, Práticas e Gestão de Conflitos em Caso de Descontinuidade do Tratamento da Tuberculose / Francisca Souza Santos ; orientadora, Márcia Grisotti – Florianópolis, SC, 2015.

140 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós Graduação em Sociologia Política.

Inclui Referências

1. Sociologia Política. 2. Tuberculose. 3. Liberdade. 4. Tratamento. 5. Saúde Pública. I. Grisotti, Márcia. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. III. Título.

FRANCISCA SOUZA SANTOS

ENTRE A LIBERDADE INDIVIDUAL E A SAÚDE PÚBLICA:
SABERES, PRÁTICAS E GESTÃO DE CONFLITOS EM CASO DE
DESCONTINUIDADE DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Esta dissertação foi julgada e aprovada em sua forma final pela orientadora e pelos demais membros da Banca Examinadora, composta pelos professores.

Prof^a. Dr^a. Márcia Grisotti – UFSC
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Yan de Souza Carreirão
Coordenadora

Banca examinadora

Prof. Dr. Jean Gabriel Castro Costa
Membro

Prof^a. Dr^a. Sandra Noemi C. de Caponi
Membro

Prof^a. Dr^a. Astrid Eggert Boehs
Membro

FLORIANÓPOLIS, (SC) ABRIL DE 2015.

Ela é tão livre que um dia será presa.

- Presa por quê?

- Por excesso de liberdade.

- Mas essa liberdade é inocente?

- É. Até mesmo ingênua.

- Então por que a prisão?

- Porque a liberdade ofende.

Clarice Lispector

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por tudo que tem me permitido ser, guiando o meu caminho e iluminando meus passos.

À Professora Márcia Grisotti por todo aprendizado que adquiri, mais que uma orientadora foi amiga e companheira, agradeço pela dedicação e por todas as palavras de incentivo que contribuíram para a ampliação de minha visão profissional e para meu percurso intelectual.

Aos meus pais, Joaquina e José, eternos incentivadores, por todo o amor e carinho dispensados a mim, por ouvirem minhas angústias e comemorarem com as minhas vitórias. Vocês sempre acreditaram que tudo iria dar certo. Vocês inspiram os meus dias e me motivam a continuar a crescer.

Aos meus irmãos, Thiago e João Vitor, pelo apoio constante. Vocês são meus verdadeiros amigos e exemplos de dedicação e companheirismo.

Aos meus tios, Zacarias e Vilma, por me mostrarem o valor da família em todos os momentos. Mesmo quando a jornada estava difícil, confiaram que a vitória seria alcançada.

Ao meu noivo, Antônio Augusto por seu valioso apoio, compreensão e incentivo durante a realização deste trabalho. Cada palavra foi muito importante para enfrentar a saudade e as dificuldades de ficar longe de casa.

Aos amigos do MINTER, pelas risadas, discussões e ideias compartilhadas, em especial à Cynthia pelo companheirismo. Esses dois anos de convivência foram enriquecedores.

Aos participantes deste estudo, que a cada entrevista dividiram comigo suas angústias e aspirações. Suas histórias de vida contribuíram para uma mudança em minha visão do Controle da Tuberculose.

Aos profissionais de saúde, que compartilharam suas experiências em relação à Política de Controle da Tuberculose, em especial à Neide, que sempre se mostrou receptiva e disponível para quaisquer dúvidas. Espero que esse trabalho enriqueça a prática de vocês.

À Secretaria Municipal de Saúde de Araçuaí que forneceu os subsídios para a elaboração deste trabalho.

Ao Instituto Federal do Norte de Minas Gerais – IFNMG e à Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de crescimento profissional e intelectual.

Aos demais amigos e familiares, que rezaram e contribuíram de alguma forma para que esse trabalho fosse concretizado.

Somente com a colaboração de vocês pude realizar esse trabalho!

RESUMO

A tuberculose, mesmo sendo uma das doenças mais estudadas nos seus aspectos biológico, epidemiológico, diagnóstico, terapêutico e profilático, permanece causando sofrimento humano e morte em pleno século XXI, representando um relevante problema de saúde pública no cenário mundial, pelo expressivo quantitativo anual de adoecimentos. O presente estudo objetivou identificar os conflitos entre liberdade individual e saúde pública relacionados à descontinuidade do tratamento da tuberculose e analisar como eles são percebidos e gerenciados pelos profissionais envolvidos no processo. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo em que foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os contatos dos portadores de tuberculose (que adquiriram ou não a tuberculose por meio de um familiar), bem como, com os profissionais de saúde da Vigilância Epidemiológica e da Estratégia Saúde da Família, envolvidos no Controle da Tuberculose no município de Araçuaí - MG. A análise dos dados evidenciou que os contatos intradomiciliares, não se sentiram ameaçados ao conviver com a pessoa com tuberculose, por considerarem que é uma doença que possui tratamento e cura. No entanto, entre os profissionais e a vizinhança o risco de transmissão é percebido e o temor de contágio é constante, exigindo condutas dos profissionais diante desses casos. Neste sentido são aplicadas pelos profissionais várias estratégias como: busca ativa, o controle de contato, o controle da transmissibilidade do próprio paciente com realização mensal da baciloscopia e o tratamento supervisionado. Essa última é vista como um momento importante para que o profissional de saúde possa empoderar o paciente em relação ao tratamento da tuberculose. No entanto, na prática verifica-se que o tratamento supervisionado retoma a vigilância apurada, retirando a autonomia do indivíduo em decidir sobre seu tratamento, sendo imposto o controle sob a forma de cuidado.

Palavras-chave: Tuberculose; Liberdade; Tratamento; Saúde Pública.

ABSTRACT

The Tuberculosis, even one of the most studied diseases from the biological, epidemiological, diagnostic, therapeutic and prophylactic point of view, remains causing human suffering and death in the XXI century and represents an important public health problem in the world scenario, the yearly number of significant illnesses. This study aimed to identify the conflicts between individual liberty and public health related to discontinuation of the treatment of Tuberculosis and analyze how they are perceived and managed by the professionals involved in the process. This is a qualitative study in which semi-structured interviews were conducted with people who has close contact (and has, or not, acquired the disease in the family life routine) with patients diagnosed by Tuberculosis, as well as, with health professionals of the Epidemiological Surveillance and Family Health Strategy involved in the Tuberculosis Control in the municipality of Araçuaí- MG. Data analysis showed that household contacts did not feel threatened to live with a person with Tuberculosis on the grounds that it is a disease that has treatment and cure. However, among professionals and the neighborhood the risk of transmission is perceived and the contagion of fear is constant, requiring ducts of health professionals in these cases. In this sense, are applied by professionals various strategies such as active surveillance, contact the control, control of transmission from the patient with monthly sputum smear microscopy and supervised treatment. The latter is seen as an important time for health professionals can empower the patient regarding the treatment of Tuberculosis. However, in practice it appears that the supervised treatment resumes surveillance calculated by removing the autonomy of the individual to decide about their treatment, and tax control in the form of care.

Keywords: Tuberculosis, Freedom, Treatment, Public Health.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde..... | 69 |
| Figura 2 - Fluxo de Informação do SINAN..... | 71 |
| Figura 3 - Fluxograma para investigação de contatos adultos de tuberculose pulmonar..... | 73 |
| Figura 4 - Fluxograma para investigação de contatos crianças de tuberculose pulmonar..... | 74 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Perfil dos contatos participantes da pesquisa..... | 31 |
| Tabela 2 - Perfil dos profissionais participantes da pesquisa..... | 31 |

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
BAAR – Bacilos Álcool Ácido Resistentes
BCG – Bacilus de Calmett-Guérin
CDC – Centers for Disease Control
CEME – Central de Medicamentos
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DOTS – Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração
E – Etambutol
ESF – Estratégia Saúde da Família
H – Isoniazida
HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IM – Intramuscular
MP – Ministério Público
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
R – Rifampicina
SINAN – Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação
SUS - Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose
WHO - World Health Organization
Z – Pirazinamida

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| CONSIDERAÇÕES INICIAIS..... | 23 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 25 |
| Participantes do estudo e técnica de coleta de dados..... | 30 |
| Análise dos dados..... | 33 |
| Aspectos éticos..... | 33 |
| 2. TUBERCULOSE PULMONAR: aspectos histórico-sociais e epidemiológicos e as estratégias da Saúde Pública..... | 35 |
| 2.1. Aspectos fisiopatológicos e epidemiológicos da tuberculose pulmonar..... | 35 |
| 2.2. Aspectos sociais..... | 37 |
| 2.3. Aspectos históricos do tratamento..... | 40 |
| 2.4. Doenças emergentes e reemergentes..... | 45 |
| 2.4.1. O conceito de doenças emergentes e a noção de doença nova..... | 45 |
| 2.4.2. Tuberculose como uma doença reemergente..... | 49 |
| 2.5. Direitos individuais e coletivos: liberdade individual e os riscos à saúde coletiva..... | 53 |
| 2.5.1. A cidadania no Brasil..... | 53 |
| 2.5.2. Tuberculose Pulmonar: Os limites da liberdade individual e as estratégias da Saúde Pública | 56 |
| 3. Política de Atenção à Tuberculose: Entre as atribuições e as experiências dos profissionais..... | 67 |
| 3.1. Notificação e Investigação Epidemiológica da Tuberculose | 67 |
| 3.2. Dimensões do tratamento na perspectiva dos profissionais de saúde..... | 75 |
| 4. A tuberculose tem história: vivências do adoecer e do tratamento..... | 83 |
| 5. Saberes e práticas dos profissionais de saúde em relação à descontinuidade do tratamento da Tuberculose Pulmonar | 93 |
| 5.1. Reconhecendo os riscos da tuberculose para o indivíduo e para a saúde pública..... | 93 |
| 5.2. Tuberculose Pulmonar e Biopolítica: Gerenciando os conflitos relacionados à recusa do tratamento..... | 102 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 119 |
| REFERÊNCIAS..... | 123 |
| APÊNDICES..... | 135 |

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este texto inicial discorre sobre questões que perpassam minha trajetória profissional, enquanto professora de enfermagem, no município de Araçuaí. Trajetória que muito contribuiu para a escolha do tema a ser pesquisado. Considerando que a experiência de supervisionar estágios curriculares me deu a oportunidade de atuar nas Unidades Básicas de Saúde e conhecer os graves problemas que afligem grande parte da população de Araçuaí, cenário deste estudo.

Por meio da assistência à saúde, pude observar que a tuberculose, apesar de possuir política pública de saúde, permanece acometendo um número significativo de pessoas e representa um grande problema a ser enfrentado no município. Essa doença chama a atenção por estar relacionada às precárias condições de vida população, realidade vivenciada em Araçuaí. Este município está localizado no Vale do Jequitinhonha, que é conhecido por sua tão alardeada pobreza. A população vivencia períodos prolongados de seca e todos os problemas sociais por ela desencadeados, tendo como alternativa a migração para outras regiões em busca de melhores condições de vida.

A tuberculose é uma doença que tem suscitado diversos debates e pesquisas, e mesmo possuindo esquema medicamentoso gratuito e possibilidade de cura em 100% dos casos, persiste com alta incidência e prevalência nessa e em muitas regiões do país. Essas questões me impulsionaram a pesquisar mais sobre esta enfermidade, principalmente após escutar o relato da enfermeira da Vigilância Epidemiológica do município. A enfermeira informou sobre os casos novos, a prevalência da tuberculose e sobre os altos índices de abandono de tratamento. Dentre essas informações, um caso em especial me chamou muito a atenção.

Tratava-se do caso de um homem, portador de tuberculose, alcoolista, com histórico de diversos inícios e abandonos do esquema terapêutico. Mesmo com as visitas domiciliares dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e da Vigilância Epidemiológica, para aconselhar o retorno ao tratamento, o doente se mostrou irredutível, persistindo a recusa ao tratamento. Além desta decisão, o mesmo passou a ameaçar a enfermeira e sua família, colocando a vida pessoal da enfermeira em risco.

Considerando que o doente iniciou e abandonou o tratamento por diversas vezes, é esperado que haja uma resistência maior das bactérias ao esquema medicamentoso, situação que caracteriza como

tuberculose reemergente, necessitando alteração do esquema medicamentoso, que passa a ser de administração intramuscular.

A tuberculose pulmonar é uma doença infecto-contagiosa, podendo ser transmitida aos contatos do doente por via aérea. Tal forma de transmissão torna o caso ainda mais complexo, pois este homem mora com a mãe, o pai e dois filhos, dormindo com os últimos na mesma cama. A mãe e os filhos realizaram o exame do escarro, pelo qual foram diagnosticados como portadores da tuberculose pulmonar, somente um dos filhos realiza o tratamento.

Diante deste caso, a enfermeira recorreu à Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais para saber quais eram as providências a adotar. A Secretaria orientou para recorrer ao Ministério Público para a resolução do caso, sendo que por meio deste processo, o doente poderia ser detido na penitenciária do município, para que fosse tratado. A enfermeira justifica a insistência e a necessidade de tratamento do doente, por esse representar “um risco para a saúde pública”.

Essa justificativa corrobora com a ideia de que o tratamento da tuberculose evoluiu ao longo dos anos, passando do isolamento social para o isolamento quimioterápico, mas a tuberculose e o tuberculoso permanecem associados ao medo coletivo despertado pela doença.

Diante deste caso, surgiu o interesse por pesquisar esta temática e também diversas indagações, como: De que maneira o profissional pode intervir neste caso? A interferência na liberdade individual pode ser compreendida como um mecanismo para minimizar os riscos à saúde coletiva? O caso poderia ser gerenciado de outra forma? O Estado pode interferir na liberdade individual com a finalidade de proteger o direito do outro e da saúde coletiva?

Portanto, procurei por meio de entrevistas com os profissionais de saúde envolvidos no controle dessa doença contagiosa e pessoas próximas ao caso, analisar os motivos para a recusa do tratamento pelos portadores de tuberculose, bem como as experiências dos contatos que adquiriram a doença por meio de um familiar e as condutas dos profissionais de saúde, em face ao dever do Estado de garantir a saúde das populações.

1. INTRODUÇÃO

A população mundial continua a crescer, a um ritmo de aproximadamente 70 milhões ao ano, verificando-se uma crescente urbanização. Esta urbanização significa aglomeração intensa, com populações grandes vivendo em espaço reduzido; saneamento inadequado, tanto em relação ao abastecimento da água, quanto aos sistemas de esgotamento sanitário; habitação precária; falta de infraestrutura urbana e agressão ao meio ambiente (LUNA, 2002, p. 233).

Todas essas condições de transformação urbana resultam em modificações no perfil de morbidade, com o surgimento de novas doenças e o reaparecimento de outras, principalmente as de origem infecciosa, algumas das quais eram consideradas erradicadas e outras, controladas.

Concebe-se que o conceito de doenças emergentes e reemergentes surge frente às limitações da teoria da transição epidemiológica em explicar um novo quadro de morbimortalidade, especialmente a emergência da epidemia de HIV/AIDS. De acordo com a teoria da transição epidemiológica, em paralelo à transição demográfica, estaria ocorrendo um processo de mudança nos padrões de adoecimento e morte das populações. Nesse processo, as doenças degenerativas teriam deslocado as doenças infecciosas do lugar de principais causas de mortalidade (LUNA, 2002, p. 231).

A incorporação de diversas técnicas à investigação das doenças transmissíveis vem possibilitando um grande avanço nos conhecimentos e permitindo a abertura de uma nova abordagem, a da identificação de microrganismos correlacionados com várias doenças crônicas. Esse fenômeno, ainda, permite a ampliação da cobertura de serviços da saúde e a integração de novas tecnologias de diagnóstico que favorecem a identificação de novos agentes infecciosos e as manifestações clínicas a eles associados (LUNA, 2002, p. 235).

Neste contexto, encontra-se a tuberculose, que provavelmente vem acometendo a humanidade há mais de 5.000 anos, de modo que há indícios que o seu agente causador tenha se originado há cerca de 15.000 anos (HIJJAR e PROCÓPIO, 2006). Mesmo sendo uma das doenças mais estudadas nos seus aspectos biológico, epidemiológico, diagnóstico, terapêutico e profilático, a tuberculose permanece causando sofrimento humano e morte em pleno século XXI, representando um relevante problema de saúde pública no cenário mundial, pelo expressivo quantitativo anual de adoecimentos, em novas formas.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010 ocorreram 8,8 milhões de novos casos de tuberculose no mundo, que causaram a morte de 1,45 milhão de indivíduos. No Brasil, a tuberculose é a terceira maior responsável pelos óbitos por doenças infecciosas e a primeira entre pacientes com AIDS no país (BRASIL, 2012a).

No País, foram notificados 70.047 casos novos em 2012 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), sendo que somente no estado de Minas Gerais, foram notificados 3.614 casos. O Brasil encontra-se incluído entre os 22 países que concentram 80% dos casos, em números absolutos, ocupando o 17º lugar (BRASIL, 2013)

O governo brasileiro reconhece a tuberculose como uma doença de profundas raízes sociais, relacionada à pobreza e à má distribuição de renda, cuja prevalência está associada ao desemprego, ao sub-emprego, à baixa renda familiar, ao baixo grau de escolaridade, à alimentação deficiente e insuficiente, às condições desfavoráveis de habitação, entre outros fatores. Cenário este que justifica o grande número de casos de tuberculose em municípios como Araçuaí. Segundo informações do DataSus (2014), no ano de 2013, foram notificados dezesseis casos de tuberculose no município de Araçuaí, sendo doze casos novos, três recidivas e um caso de reingresso após abandono, todos os casos são de tuberculose pulmonar. Além disso, o maior número de pessoas com tuberculose reside na zona urbana do município.

A pobreza no município de Araçuaí em geral é muito grande, começando com a precariedade das estradas. O isolamento físico implica um isolamento econômico, já que as empresas raramente investem em regiões de tão difícil acesso e escassa infra-estrutura, além de dificuldades de outro tipo, já que as pessoas que residem nesse município acabam não tendo acesso à cidades maiores e conseqüentemente a ações de saúde especializadas (REGO e PINZANI, 2013, p. 118).

Com a Constituição de 1988 a saúde passa a ser um direito fundamental, com a prestação positiva do Estado no sentido de concretizá-la e ampliá-la a todos os cidadãos. Na saúde pública, prestação positiva do Estado, representa o instrumento técnico-político que irá intervir no processo saúde-doença, mediante o tratamento e a reabilitação do indivíduo doente, ou evitando seus riscos e danos por intermédio da prevenção e promoção da saúde (MATUMOTO *et al*, 2001).

As ações de saúde apresentam-se por meio dos programas que se ocupam de alguns grupos de risco ou de acometidos por algum dano

– como, por exemplo, a tuberculose - e ações de assistência médica individual. Ressalta-se que essas ações são direcionadas para um indivíduo “genérico que, naquele momento ou circunstância, se enquadra segundo um risco ou dano dentro do processo saúde-doença”, ou seja, não são consideradas suas subjetividades (MATUMOTO *et al*, 2001, p. 234). Quanto às ações dirigidas ao coletivo, os exemplos que podem ser citados são as ações de promoção da saúde, prevenção ou controle de doenças.

No campo da saúde pública, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, reconhece a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, tendo por meta curar 85% dos casos novos (BRASIL, 2013). Tal programa compreende estratégias que privilegiam a descentralização das medidas na atenção básica, ampliando o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a tuberculose, além da articulação com organizações não governamentais ou da sociedade civil (BRASIL, 2011, p. 166).

No Brasil, os esquemas medicamentosos para o tratamento da tuberculose são padronizados e distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde. A definição do esquema mais adequado é feito com base na forma clínica, na idade, na história de tratamento anterior e em seu resultado (MINAS GERAIS, 2006, p. 71).

Mesmo com a disponibilização do tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vários estudos revelam que o risco de abandono do tratamento da tuberculose é elevado ao final do primeiro mês e no início do segundo, ou num tempo inferior a cinco meses. De acordo com a OMS, isso se deve ao desaparecimento dos sintomas, nos primeiros dias da medicação, e pela duração do esquema tradicional que é de seis meses (IPEA, 2011, p. 16).

Além do abandono do tratamento, há casos em que os pacientes recusam o tratamento. Esta decisão pelo não tratamento da tuberculose pode ser analisada por várias óticas. Uma delas, remete à concepção “negativa” da liberdade em que, conforme aponta Berlin (2002), a pessoa é considerada livre na medida em que nenhum homem ou grupo interfere em sua atividade, com a preservação de uma esfera individual de autonomia.

Todavia é preciso considerar que quando o indivíduo recusa o tratamento de uma doença infecciosa, essa decisão traz implicações tanto para o nível individual quanto coletivo. Neste contexto, encontra-se a colisão entre dois direitos fundamentais: o direito à liberdade individual e o direito à saúde coletiva. Desta forma, o modelo liberal da

política, que será abordado no referencial teórico, transfere para a lei a normatividade das ações humanas, com limites da liberdade individual, proteção dos direitos e definição do alcance do poder político (RAMOS, 2011).

Além da tuberculose na forma pulmonar ser a mais frequente, aproximadamente 90% dos casos, essa é responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. Sendo muitas vezes diagnosticada tardiamente, implicando no aumento das lesões causadas pelos bacilos, e com os indivíduos eliminando-os por via aérea, aumentando a probabilidade de infectar seus contatos (DALMOLIN, 2012).

Desta forma, justifica-se a realização deste estudo pela carência de Políticas Públicas que considerem as singularidades do indivíduo, possibilitando que o mesmo seja sujeito ativo no processo saúde-doença e pelas sérias repercussões no cenário epidemiológico decorrentes do abandono ou recusa do tratamento da tuberculose. Pois, além de poder ocasionar o desenvolvimento da tuberculose resistente aos medicamentos, favorece a transmissão da doença, tendo em vista que os doentes não tratados são potencialmente transmissores, implicando na garantia de saúde para a população (IPEA, 2011, p. 16).

Entende-se com isso que conceber a saúde um direito universal traz avanços e, paralelamente, novos desafios para sua implementação e efetivação. Mais precisamente, na medida em que a saúde é um direito de todos, surgem desafios e questões sobre como tornar este direito alcançável e exercido por todos de forma capilar (ASENSI, 2010).

Desde o final da segunda metade dos anos 1990, cresce de forma exponencial o número de mandatos judiciais na saúde que, em sua maioria, buscam garantir o acesso das pessoas a medicamentos, procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Neste sentido, o cidadão se voltaria ao Judiciário como estratégia de mobilização de recursos e argumentos para a defesa e conquista de direitos (ASENSI, 2010).

No entanto, partindo da análise das relações entre políticas de saúde e subjetividade, “eu” e o coletivo, controle e liberdade individual, esta pesquisa aborda a judicialização da saúde no sentido de garantir os direitos coletivos à saúde. Considerando que o Ministério Público tem sido o agente mais importante da defesa de direitos coletivos pela via judicial e, dado que os conflitos relativos a tais direitos têm geralmente conotação política.

Surge, então, a seguinte indagação: Quais são os saberes e práticas acerca dos riscos à saúde pública decorrentes da não-adesão ao tratamento da tuberculose pulmonar e como os conflitos são gerenciados pelos profissionais e/ou especialistas que estão envolvidos no processo?

Para responder essas perguntas, essa pesquisa propõe, como objetivo geral, identificar os conflitos entre liberdade individual e saúde pública relacionados à descontinuidade do tratamento da tuberculose e analisar como eles são percebidos e gerenciados pelos profissionais envolvidos no processo. E como objetivos específicos propõem-se: 1) Descrever as implicações do abandono e recusa do tratamento da tuberculose pulmonar no âmbito da saúde pública, em especial no município de Araçuaí; 2) Descrever o processo de notificação e investigação epidemiológica dos casos de tuberculose; 3) Investigar os conflitos entre a liberdade individual e o direito coletivo à saúde em relação à transmissibilidade da tuberculose pulmonar; 4) Identificar como os conflitos relacionados à descontinuidade do tratamento da tuberculose são gerenciados pelos profissionais; 5) Verificar de que maneira o risco à saúde coletiva implica na judicialização da saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que permite captar elementos da cultura, valores, atitudes e comportamentos das pessoas que se pretende analisar. Para o delineamento desta pesquisa optou-se pelo estudo de caso que tem por objetivo explorar um caso singular, situado na vida real contemporânea, delimitado e contextualizado em tempo e lugar para realizar uma busca circunstanciada de informações (CHIZZOTTI, 2006, p. 136). Segundo Gil (1999, p.73) é caracterizado pelo “estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado”.

O cenário do estudo foi o município de Araçuaí – MG, localizado na região Nordeste de Minas Gerais. A escolha deste cenário se deve pela prevalência da tuberculose pulmonar que é uma doença que está intrinsecamente relacionada a um conjunto de fatores tais como às precárias condições de vida da população, na medida em que tende a se disseminar em populações mais pobres, residentes em aglomerados urbanos e carentes de serviços elementares de saúde. Ressalta-se um município, em que segundo Santos (2012), há um contraste entre a riqueza da produção agrícola, da riqueza mineral e artística e a carência de oportunidade para os trabalhadores/as do município. Há, portanto, ausência de políticas públicas que contribuam com o desenvolvimento da cidade, agregando valores nas riquezas naturais da região e possibilitando ampliar o seu mercado comercial.

Araçuaí é uma cidade que vem se desenvolvendo no âmbito econômico e social e, juntamente com outras 79 cidades, formam o Vale do Jequitinhonha. O Vale do Jequitinhonha, no nordeste mineiro, é tradicionalmente conhecido pela riqueza em suas manifestações culturais, principalmente na diversificada produção artesanal. No

entanto, também, é conhecido pela sua pobreza estrutural fruto das prolongadas estiagens que castigam a região e do processo de modernização, enfraquecimento e escassez de terras (MAIA, 2004). O Vale do Jequitinhonha constituiu-se durante os séculos XVIII e início do século XIX numa das regiões mais prósperas do país. Todavia, hoje, a região é conhecida como o “Vale da Fome”, “Bolsão de Pobreza”, “Vale da Miséria”, considerada uma das mais pobres do país (MAIA, 2004).

Região de clima semi-árido em que prevalece basicamente duas estações no ano, a “das águas” e a da “seca”. A estação das águas não dura mais que três ou quatro meses, sendo as chuvas torrenciais e mal distribuídas, não penetrando na terra e seguidas de prolongadas estiagens que castigam a região (MAIA, 2004).

A região se subdivide em três grandes unidades distintas tanto em relação às características geográficas, quanto à época de sua ocupação. A porção ocidental, região das minas, corresponde de maneira geral ao Alto Jequitinhonha. Na porção oriental do Vale região das Gerais, fica o Médio e Baixo Jequitinhonha (MAIA, 2004).

O Arraial Calhau foi emancipado em 21 de setembro de 1871, tornando-se a cidade de Araçuaí, que passou a ser sede da comarca. Com área de 2.236 km², localiza-se no médio Jequitinhonha, nordeste do Estado, e distancia 678 km da capital – Belo Horizonte. Com aproximadamente 36.013 habitantes (IBGE, 2010), a população está distribuída em 70 comunidades rurais e, majoritariamente, na zona urbana (57%). Definido como Polo de microrregião de Saúde.

Participantes do estudo e técnica de coleta de dados

Os participantes desta investigação foram seis profissionais que atuam na vigilância epidemiológica do município e na Estratégia Saúde da Família e oito contatos de pessoas que tiveram tuberculose no ano de 2013.

Os contatos entrevistados possuem relação direta com os portadores de tuberculose, como evidencia na tabela a seguir com o perfil dos entrevistados.

Tabela 1: Perfil dos contatos participantes da pesquisa

| Identificação | Grau de Parentesco | Profissão |
|---------------|--------------------|----------------------|
| C1 | Neta | Secretária |
| C2 | Mãe | Do lar |
| C3 | Vizinha | Do lar |
| C4 | Mãe | Do lar |
| C5 | Filho | Servente de pedreiro |
| C6 | Mãe | Do lar |
| C7 | Filha | Do lar |
| C8 | Mãe | Do lar |

Quanto aos profissionais de saúde, foram entrevistadas duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e duas agentes comunitários de saúde. Conforme a tabela a seguir:

Tabela 2: Perfil dos profissionais participantes da pesquisa

| Identificação | Profissão | Tempo de trabalho |
|---------------|-----------------------------|-------------------|
| EN01 | Enfermeira | 1 ano |
| TE01 | Técnica em Enfermagem | 1 ano |
| EN02 | Enfermeira | 4 anos |
| ACS01 | Agente Comunitária de Saúde | 1 ano |
| TE02 | Técnica em Enfermagem | 20 anos |
| ACS02 | Agente Comunitária de Saúde | 1 ano |

A tuberculose é uma doença de notificação compulsória, sendo o prontuário do doente a base do sistema de informação, a partir do qual são obtidos os dados necessários para o preenchimento da ficha individual de investigação do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan). O Sinan é o mais importante sistema para a vigilância epidemiológica, o qual é mantido, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos constantes da lista nacional de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2005, p. 69).

Ressalta-se que o principal objetivo da vigilância epidemiológica é identificar e registrar as possíveis fontes de infecção, com investigação epidemiológica entre os contatos de todo caso novo de

tuberculose e, principalmente, nos que convivam com doentes bacilíferos, devido ao maior risco de infecção e adoecimento que esse grupo apresenta. (BRASIL, 2005).

Assim, primeiramente para a coleta de dados, foi encaminhada uma solicitação de autorização à Secretaria Municipal de Saúde do município de Araçuaí. Obtida a permissão para a coleta de dados, a pesquisadora reuniu-se com a enfermeira, coordenadora da vigilância epidemiológica a fim de ter acesso ao prontuário e registros dos contatos dos pacientes que tiveram tuberculose. Os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa.

Os procedimentos da entrevista foram executados conforme descrito:

1. Primeiramente foi realizado o levantamento dos contatos dos portadores de tuberculose que se encontram registrados na Vigilância Epidemiológica do município de Araçuaí, bem como seu respectivo endereço para contato, sendo evidenciados apenas os contatos maiores de dezoito anos. A localização dos endereços dos contatos das pessoas com tuberculose foi feita pela pesquisadora, acompanhada de uma agente comunitária de saúde, por se tratar de áreas de risco. As entrevistas com os contatos foram na própria residência e com os profissionais de saúde as entrevistas foram realizadas no local de trabalho.
2. A coleta de dados com os contatos da pessoa com tuberculose e dos profissionais de saúde ocorreu entre outubro e novembro de 2014. Em ambos os casos foi feita por meio de uma entrevista semiestruturada.
3. Os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
4. Foram realizadas as entrevistas individualmente, com a utilização do roteiro da entrevista.
5. A duração da entrevista foi de aproximadamente 20 minutos para ambos os grupos. Os horários das entrevistas foram estabelecidos por eles.
6. As entrevistas foram gravadas em áudio com a permissão dos entrevistados e, a seguir, devidamente transcritas.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. As vantagens da entrevista, apontadas por Gil (1999, p. 118), reside no fato deste instrumento oferecer maior flexibilidade, visto que o entrevistador pode esclarecer o significado das perguntas; possibilitar a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social e ser muito eficiente para a obtenção de informações em

profundidade sobre o comportamento humano. O que possibilita a entrevista ser um instrumento privilegiado para coleta de informações. Num primeiro momento, foi realizado um pré-teste do roteiro da entrevista, visando à adequação aos objetivos propostos. Segundo Marconi e Lakatos (2003), a análise dos dados obtidos no pré-teste permite evidenciar possíveis falhas existentes, a complexidade das questões, ambiguidades ou linguagem inacessível, permitindo evidenciar perguntas supérfluas ou que causem embaraço ao informante.

As entrevistas foram gravadas após autorização dos participantes, pois a gravação permite que “o entrevistador tenha contato com todo material fornecido pelo informante, devendo a entrevista ser imediatamente transcrita e analisada detidamente pelo pesquisador antes de realizar uma nova entrevista” (TRIVIÑOS, 1990, p. 148).

Análise dos dados

O material coletado foi interpretado com base na análise dos saberes e práticas dos participantes da pesquisa. Na etapa de pré-análise, as entrevistas foram transcritas na íntegra, e efetuada a leitura flutuante para tomar conhecimento do material produzido e poder avaliá-lo quanto à pertinência dos conteúdos e homogeneidade dos discursos.

Na etapa de exploração do material transcrito, identificaram-se as unidades de registro, fez-se a classificação que consistiu em analisar essas informações para relacionar as que tinham características comuns e agrupá-las de acordo com as questões presentes na informação, fez-se a reorganização temática, gerando as categorias e os temas.

Na etapa dos resultados, buscou-se a identificação dos saberes e práticas dos profissionais de saúde e dos contatos dos portadores de tuberculose em relação à descontinuidade do tratamento da tuberculose, procurando compreendê-los e interpretá-los à luz do referencial teórico.

Aspectos éticos

A investigação foi encaminhada ao Comitê de Ética e aprovada sob o número do parecer: 842.608.

O consentimento foi formalizado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE garantindo o respeito, o sigilo e a liberdade de participação, uma vez que os participantes podem deixar a pesquisa a qualquer momento caso não

queiram mais contribuir com ela por qualquer motivo, sem prejuízo do atendimento.

Para manter o anonimato dos participantes no registro dos resultados da pesquisa, os contatos das pessoas com tuberculose foram identificados no texto pela letra C seguida de um número sequencial de realização da entrevista (C1 a C8); e os profissionais de saúde foram identificados no texto segundo a profissão, sendo os enfermeiros identificados em EN01 e EN02, os técnicos em enfermagem por TE01 e TE02 e os agentes comunitários de saúde por ACS01 e ACS02.

2. TUBERCULOSE PULMONAR: aspectos histórico-sociais e epidemiológicos e as estratégias da Saúde Pública

2.1. Aspectos fisiopatológicos e epidemiológicos da tuberculose pulmonar

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, sendo seus agentes causadores do gênero *Mycobacterium*. Considera-se infecção como a “penetração, multiplicação e/ou desenvolvimento de um germe ou parasito em um determinado hospedeiro” e já doença infecciosa como “as manifestações pelos danos causados pelo agente infeccioso no organismo e sua exteriorização clínica através de sinais e sintomas” (COURA, 2005, p. 3).

Nos seres humanos, a tuberculose é causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, que se dissemina por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta (BRASIL, 2002). No entanto, seres humanos também podem ser infectados pelo *Mycobacterium bovis*, por meio da ingestão de alimentos contaminados - forma digestiva de contaminação, ou ao aspirar aos aerossóis que contêm *Mycobacterium* eliminados pela respiração, salivagem dos animais e poeira dos estábulos contaminados - forma respiratória de contaminação (SANTOS, 2008).

Instalando-se no organismo humano sadio, o agente causador permanece inativo por cerca de três dias. A partir deste momento inicia-se o ciclo de reprodução que se renova a cada 18 horas. No entanto, a espécie humana apresenta significativa resistência contra esta agressão, sendo que o desfecho mais frequente constitui-se na regressão do processo patológico e a cura espontânea, com a consequente recuperação, cicatrização ou calcificação do tecido danificado pelo agente etiológico da tuberculose (BERTOLLI FILHO, 2001, p.29).

Cerca de 1/3 da população mundial está infectada pelo bacilo de Koch, porém apenas de 5 a 10% dos casos infectados desenvolverão a doença. Eles podem permanecer com os bacilos contidos pelas células de defesa do organismo indefinidamente, e só desenvolverem a doença quando tiverem as defesas diminuídas (BRASIL, 2005).

Assim, a infecção pelo *M. tuberculosis* pode ou não evoluir para a tuberculose, sendo regida por fatores imunes do organismo infectado e por características do agente agressor. O bacilo pode ficar latente por

períodos prolongados no caso em que as defesas imunes impedirem o desenvolvimento da doença após a primeira infecção, não ocorrendo a doença. Outra situação é de posteriormente, ocorrer uma nova infecção na qual o sistema de defesa não conseguirá impedir a sua progressão, resultando em doença. Vários fatores podem comprometer o sistema imune do homem, facilitando o adoecimento, como: idade avançada, desnutrição, co-morbidades, uso de imunossuppressores e tabagismo (HIJJAR *et al*, 2005, p. 1403).

A linha de compreensão que busca situar as situações econômicas de vida como explicadoras da evolução do processo patológico da tuberculose parece não responder sozinha ao enigma, pois os fatores que determinam o curso assumido pela infecção ainda não são suficientemente conhecidos (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 30).

Estima-se que mais de 50 milhões de brasileiros estejam infectados pelo bacilo da tuberculose. Somente no ano de 2012 foram notificados 70.047 casos novos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), contudo, esses dados não representam a realidade da situação pelo fato de parte dos casos não ser diagnosticados nem registrados oficialmente. O percentual de cura dos casos tratados é de apenas 72%, quando deveria ser, no mínimo, de 85% (BRASIL, 2005). Em Minas Gerais, foram notificados 3614 casos novos em 2012, sendo considerado um dos estados prioritários no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2013).

Neste país, a tuberculose afeta dois terços da população masculina e um terço da feminina, e a ocorrência da doença é maior na faixa etária entre vinte a sessenta anos. O motivo da menor incidência em crianças, provavelmente, deve-se a eficácia da vacina BCG intradérmica (HIJJAR *et al*, 2005).

Denomina-se caso de tuberculose todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose (BRASIL, 2002).

Como o pulmão reúne as condições adequadas ao bacilo da tuberculose, ele é o primeiro órgão a ser afetado, na maior parte das vezes. A partir do foco de inoculação inicial, o bacilo pode invadir as correntes sanguínea e linfática e disseminar-se pelo organismo, podendo implantar-se em qualquer outra região do corpo humano e causar a tuberculose extrapulmonar. As formas frequentes de tuberculose extrapulmonar são: pleural, meningoencefalite tuberculosa, ganglionar

periférica, osteoarticular, geniturinária e oftálmica (HIJAR *et al*, 2005, p. 1405).

Apesar dos avanços, ocorreram aproximadamente 4.600 óbitos no Brasil em 2010, este número é muito elevado, pois a tuberculose é uma doença de diagnóstico consideravelmente simples, curável em praticamente 100% dos casos novos e com tratamento totalmente gratuito oferecido pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012b).

2.2. Aspectos sociais

Com base em Durkheim, o termo “representação social” foi proposto por Moscovici e aborda o quanto um indivíduo é um produto da sociedade. As Representações Sociais passam a expressar estratégias e experiências humanas, tanto particulares quanto universais. Seu interesse principal se direciona no sentido da construção da realidade e do qual os sujeitos sociais são também autores do que no sentido da determinação (HERZLICH, 2005, p. 58).

As Representações Sociais, enquanto imagens construídas sobre o real, são um material importante para as pesquisas. Adam e Herzlich (2000) observaram vários estudos internacionais sobre as representações de saúde e doença, e apontam que, na interpretação dos fenômenos orgânicos, as pessoas se apoiam em conceitos, símbolos e estruturas interiorizadas, conforme os grupos sociais a que pertencem. A tuberculose assume grande relevância nas pesquisas sociais em saúde por ser representada de maneira ambígua em diferentes momentos da história.

A partir dos últimos anos do século XVIII, os escritores românticos adotaram a tuberculose como tema recorrente, sendo raras as novelas, as poesias e as pinturas que deixaram de incorporar os tuberculosos em suas descrições. Com isto, os escritores românticos encontraram na tuberculose um recurso conveniente para negar o mundo concreto e confessar o desencanto da vida social. Além disso, os românticos se deixaram enveredar pela tuberculose porque esta patologia se apresentava historicamente marcada por uma aura que passou a ser concebida como enobrecedora (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 45).

O padrão romântico de representação da doença fica assim definido. Padrão que vê na tuberculose sinal de caráter nobre, genialidade artística e intelectual, assim como a expressão de uma

individualidade incomum e por isso mesmo vinculada aos princípios que valorizam o comportamento social (PORTO, 2007, p. 45).

Deste modo, até meados do século XIX, o tuberculoso ocupava uma posição de certo refinamento, gerando sentimentos diversos quanto à sua superação representados de variadas formas, tanto em nível individual como coletivo. No entanto, a partir da segunda metade do século XIX, a tuberculose emergiu não mais como manifestação física de uma espiritualidade refinada, mas como um sintoma de desordem social devido à persistência e alastramento, particularmente entre as populações menos favorecidas (CLEMENTINO *et al*, 2011, p. 639).

No início do século XX, a doença tornou-se de maneira indiscutível um problema de caráter social, de ocorrência e propagação estreitamente relacionada às condições de vida e de trabalho resultante da nova organização social trazida pelo processo de industrialização. Esses fatores colaboraram para o medo coletivo diante da doença, que associa seu portador a comportamento desviante em relação às normas sociais. O medo diante da tuberculose acabou acarretando a estigmatização do doente e seu consequente isolamento nas relações sociais (PORTO, 2007, p. 44).

Desta forma, o romantismo da doença dos sensíveis foi perdendo espaço para a tragédia da doença dos degenerados e das vítimas da miséria social. E assim, até as produções artísticas foram se compondo em terceira pessoa do singular como manejo de inibição do estigma, ocultando a condição de contaminado ou de predisposto (SILVA, 2009, p. 3).

O tuberculoso reuniu, até então, muitos atributos considerados indesejáveis e o próprio tratamento ofertado para sua doença, confinaria-o ao isolamento e exaltaria a sua condição de portador de um mal contagiante, tornando o estigma predominante em sua vida.

O estigma é entendido como “a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (GOFFMAN, 2004, p. 4). E, ainda, conforme o mesmo autor há três tipos de estigma nitidamente diferentes que são:

Em primeiro lugar, há as abominações do corpo - as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio

mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família (GOFFMAN, 2004, p. 7).

De acordo com Goffman (2004, p. 5), a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Assim, quando um estranho é apresentado a uma pessoa, os primeiros aspectos permitem prever a sua categoria e os seus atributos, ou seja, a sua "identidade social". Sendo que, as exigências que o outro faz ao indivíduo de acordo com a sua categoria e seus atributos é uma identidade social virtual. A categoria e os atributos que ele, na realidade, prova possuir, serão chamados de sua identidade social real (GOFFMAN, 2004, p. 6).

Um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social, ao possuir um "traço" estigmatizante pode afastar aqueles que ele encontra e destruir a possibilidade de atenção para seus outros atributos, nesta situação a questão que se coloca é a da manipulação da tensão gerada durante os contatos sociais. Entretanto, quando a diferença não está imediatamente aparente e não se tem dela um conhecimento prévio quando se trata de uma pessoa desacreditável, nesse momento é que aparece a segunda possibilidade fundamental em sua vida, a da manipulação de informação sobre o seu defeito (GOFFMAN, 2004, p. 7).

Isso se deve porque o termo estigma oculta uma dupla perspectiva, em que o estigmatizado assume que a sua característica distintiva já é conhecida ou é imediatamente evidente, no caso em que se está lidando com a condição do desacreditado, ou então que ela não é nem conhecida pelos presentes e nem imediatamente perceptível por eles, a do desacreditável (GOFFMAN, 2004, p. 7).

No caso da tuberculose, o indivíduo tem a possibilidade de manipular o suposto estigma e sua representação quando a diferença não está imediatamente visível aos interlocutores. Assim, o indivíduo permanecerá desacreditável e não desacreditado, ou seja, o indivíduo permanece com uma 'identidade social virtual' até o momento em que

os atributos que realmente possui sejam descobertos, realçando sua ‘identidade social real’.

2.3. Aspectos históricos do tratamento

Os medos despertados pela tuberculose e sua adequação como doença dos miseráveis faziam com que as pessoas recusassem a presença da doença no meio social. Assim, rejeitados pelo mundo dos sadios e atormentados pela doença, muitos tuberculosos seguiram as prescrições médicas, que determinavam longas e sucessivas viagens (BERTOLLI FILHO, 2001).

Desde os fins do século XVIII, os clínicos passaram a reiterar com insistência a necessidade dos doentes mudarem de ares, indicando os climas quentes para a recuperação da saúde. Todavia, as peregrinações dos tuberculosos para estas áreas promoveu o repúdio aos mesmos, tornando os locais de cura pioneiros na elaboração de códigos sanitários, limitando a liberdade dos contaminados (BERTOLLI FILHO, 2001).

Neste contexto, generalizava-se cada vez mais a concepção de tuberculose como “flagelo social”, ou seja, como algo que põe em perigo valores que possuíam alto apreço pela sociedade, como a vida e a capacidade de produção de seus membros, crescendo a convicção que tal situação só seria resolvida mediante ação coletiva (NOGUEIRA, 1950).

Desta forma, a intervenção no problema representado pela tuberculose tornou-se um “dever social” de todos os cidadãos, sendo o tuberculoso percebido como foco de uma infecção e o isolamento percebido como um meio de diminuir o número de atentados contra a ordem pública. Na França, inúmeras vezes reclamaram contra a inexistência de sanatórios destinados ao atendimento dos contaminados mais carentes. O resultado destas campanhas consistiu na criação de uma rede de casas de saúde especializadas no continente europeu (BERTOLLI FILHO, 2001, p.55).

A era sanatorial de atendimento aos doentes abriu-se no ano de 1854, quando o médico e tuberculoso Hermann Brehmer inaugurou a primeira instituição especializada, localizada nas montanhas da Silésia. Os sanatórios eram construídos em locais afastados em regiões de ar puro. No entanto, os enfermos mantinham uma atitude contraditória, pois mesmo sendo espaços organizados para promover a cura da

tuberculose, os sanatórios também representavam a exclusão do cotidiano dos sadios (HIJJAR *et al*, 2005). Segundo Nogueira (1950), os sanatórios são:

internatos onde a disciplina é mais ou menos rígida, não podendo o doente entrar e sair a qualquer hora, a seu bel prazer, estando, além disso, sujeito ao horário de refeições e repouso adotado no estabelecimento, bem como às medidas gerais e especiais ao regime higieno-dietético prescrito pelo respectivo corpo clínico (NOGUEIRA, 1950, p. 73)

No Brasil, a procura pelas enfermarias hospitalares era evitada, não só devido ao medo, mas, sobretudo pela insuficiência de leitos, decorrendo na demora na obtenção de assistência médica. Quando eram internados, os tuberculosos eram instalados próximos às camas das vítimas de outras enfermidades, favorecendo a transmissão de doenças que geralmente levavam os tuberculosos ao óbito. Assim, em 1840, a Santa Casa do Rio de Janeiro estabeleceu uma enfermaria exclusiva para o atendimento dos tuberculosos, surgindo o interesse pela construção de um hospital afastado do centro urbano e destinado a receber unicamente esses pacientes (BERTOLLI FILHO, 2001).

No entanto, somente em 1886, foi que as autoridades sanitárias do Império procuraram seguir, parcialmente, o modelo recomendado na Europa, inaugurando o primeiro nosocômio especializado na assistência aos pacientes com tuberculose, localizado no subúrbio de Cascadura, durando, porém, apenas duas décadas (BERTOLLI FILHO, 2001).

De acordo com o levantamento realizado pelo Dr. Alfredo Britto, em 1929, mais da metade dos óbitos nacionais causados por doenças infecto-contagiosas era devido à tuberculose, sendo raras as instituições direcionadas ao combate desta doença que se encontravam em condições de prestar assistência aos pacientes pobres (BRITTO, 1929).

Em 1936, o estado de São Paulo concentrava o maior número de unidades de saúde, possuindo quatorze sanatórios e hospitais-sanatórios, seguido por Minas Gerais com três sanatórios, o estado do Rio de Janeiro com dois e o Paraná com apenas uma casa de saúde especializada. Os demais estados contavam apenas com alguns leitos hospitalares e poucos ambulatórios mantidos pela filantropia. A escassez das vagas e o funcionamento irregular dos sanatórios contrastavam com

o número calculado de tuberculosos existentes naquele mesmo ano no país: cerca de meio milhão de infectados (BERTOLLI FILHO, 2001).

Outro procedimento que confirmava o caráter estigmatizante da doença, além do isolamento, era o tratamento cirúrgico. Embora em muitos casos a cirurgia propiciasse a estabilização da tuberculose, a teria a custo de sofrimentos psíquicos e morais, pois o procedimento cirúrgico mutilador consistia na retirada das primeiras costelas para redução das cavidades pulmonares (SILVA, 2009, p. 18).

As medidas sanitárias destinadas a evitar à propagação da doença, as instituições destinadas ao tratamento e segregação dos doentes, as campanhas educativas contra a tuberculose, atestavam o entendimento da tuberculose como “problema social” (NOGUEIRA, 1950, p. 21).

Nas últimas décadas do século XVIII, a reorganização médica que se iniciava promoveu a constituição do saber clínico que permitiu a afirmação de uma visão inovadora sobre a doença e os doentes, favorecendo com isto o surgimento de novas percepções sobre a tuberculose. Paralelamente aos aprimoramentos do saber sobre a tuberculose, a comunidade médica desdobrou esforços para a obtenção de uma droga eficiente para sua cura e prevenção. (BERTOLLI FILHO, 2001)

A busca de um tratamento apropriado tornou-se a grande meta da medicina. Sendo que essas tentativas resultaram na produção de um surpreendente número de remédios, soros e vacinas que eram anunciados, mas sem sucesso terapêutico. Em 1890, Robert Koch, que descobriu o bacilo da tuberculose, noticiou em Berlim, durante uma sessão solene do Congresso Internacional de Tuberculose, o achado de uma droga que curaria todos os doentes. Porém, apesar do grande número de doentes que receberam sucessivas aplicações do medicamento, nenhum destes conseguiu a melhora desejada, revelando o fracasso de mais um medicamento (BERTOLLI FILHO, 2001).

A tentativa que maior êxito obteve no combate à tuberculose resultou na criação da vacina BCG, obtida experimentalmente em 1906 e inoculada em crianças e adolescentes a partir de 1920. A vacina BCG (Bacilo de Calmette e Guérin) é originária de cepas atenuadas, avirulentas do *Mycobacterium bovis*, após mutações genéticas e com propriedades imunogênicas protetoras contra a tuberculose, sendo que foi desenvolvida por Camille Calmett e Albert Guérin no Instituto Pasteur em Paris. A utilização da vacina BCG foi adotada largamente a partir de 1920, incentivada pela OMS, assim, a partir de 1921, a vacina passou a ser utilizada em humanos. Em 1974, o Programa Ampliado de

Imunizações (PAI) da OMS a incluiu em seu calendário. As coberturas vacinais com BCG no mundo apresentaram tendência ascendente, observada a partir da década de 70, atingindo cerca de 80% a partir de 1990 (PEREIRA *et al*, 2007).

No Brasil, a vacinação BCG foi instituída em 1925, por influência do Prof. Arlindo de Assis. Até 1973 foi usada por via oral e desde então pela via intradérmica, segundo determinação do Ministério da Saúde (MS). Há consenso na literatura mundial de que o BCG intradérmico é eficaz contra as formas graves de tuberculose, como meningoencefalite e tuberculose miliar.

Recomenda-se que nos países com alta prevalência de tuberculose, as crianças sejam vacinadas logo após o nascimento, embora pessoas com qualquer idade possam ser vacinadas. Sempre que houver indicação de vacinação BCG em adultos deve ser feito o aconselhamento e realização de teste de detecção do HIV. No Brasil, recomenda-se a vacinação de todos os recém-nascidos, com dois quilogramas de peso pelo menos e sem intercorrências clínicas, preferencialmente na maternidade.

Apesar de ser utilizada por tantos, a vacina BCG nunca atingiu as expectativas que gerou, pois enquanto previne proporção significativa das formas graves da disseminação primária da tuberculose, a vacina falha na proteção contra formas comuns (pulmonar, por exemplo) deixando claro que a resposta imune resultante da vacina não induz à memória imunológica suficiente (KAUFMANN, 2000). Ou seja, a vacina BCG pode restringir a ação do bacilo por um período de tempo, mas o bacilo persiste e pode causar a doença mais tarde. Isso poderia ser explicado de duas formas: ou a resposta imune induzida pelo BCG é apropriada, mas quantitativamente fraca; ou a resposta imune induzida pelo BCG é qualitativamente insuficiente, não estimulando a combinação de células T necessárias para a proteção. Esses problemas têm provocado a busca por uma nova vacina capaz de induzir a resposta imune protetora e duradoura (HIJJAR *et al*, 2005).

Novas pesquisas para o desenvolvimento de meios diagnósticos, drogas e vacinas estão sendo realizadas. Nesta perspectiva, tem-se a iniciativa da *Aeras Global TB Vaccine Foundation*, que deu início ao primeiro laboratório para a modernização da vacina BCG (IBANÊS e JUNIOR, 2012)

Já em relação ao tratamento, a era dos antibióticos contra o bacilo tuberculoso começou em 1885, com o bacteriologista Cantani fazendo doentes tuberculosos inalarem culturas de bactérias não-patogênicas e observando redução da quantidade de bacilos no escarro

dos doentes. Na década de 1940 surgem os antibióticos para o tratamento da tuberculose, contribuindo para a mudança da perspectiva sombria da doença (HIJJAR *et al*, 2005).

Em 1944, é anunciada a descoberta da estreptomicina, sendo usada pela primeira vez em humanos e demonstrado seu poder terapêutico. Dois anos depois, foi demonstrado o efeito do ácido paraaminossalicílico sobre o bacilo. A isoniazida foi utilizada para tratamento da tuberculose só em 1952, em Nova York, Estados Unidos da América. A partir disso surgiu em 1954 a pirazinamida, em 1955 a ciclosserina, em 1962 o etambutol e a rifampicina em 1963 (HIJJAR *et al*, 2005).

Ao instituir o tratamento apenas com uma droga, já foram observadas as cepas resistentes do *M. tuberculosis*, indicando a importância do tratamento com duas ou mais drogas associadas. Assim, em 1960, iniciaram os esquemas com antibióticos padronizados, primeiramente em 18 meses e posteriormente em 12 meses (RUFFINO-NETTO, 1999).

Com o uso correto dos esquemas medicamentosos, a transmissão se reduz, gradativamente, a níveis insignificantes, ao fim de poucos dias ou semanas, com a pessoa não transmitindo mais a doença (BRASIL, 2005). A partir disso, o isolamento do doente, que era a única estratégia para evitar a contaminação de outros, perdeu seu valor.

No Brasil, em 1970, foi instalada a Divisão Nacional de Tuberculose (DNT) substituindo o antigo Serviço Nacional de Tuberculose. Os acometidos pela tuberculose passaram a receber medicação gratuitamente em todo país, em 1971, ano em que foi criada a Central de Medicamentos (CEME) (RUFFINO-NETTO, 2002).

Com os doentes em posse dos medicamentos e com o dever de administrá-los, a revolução quimioterápica no tratamento da tuberculose trouxe implicações importantes para a saúde pública, visto que além da possibilidade de cura por meio do esquema terapêutico, surgiram também dificuldades referentes à sua administração (GONÇALVES, 2000).

Portanto, a partir do tratamento ambulatorial as principais dificuldades estiveram relacionadas ao uso irregular dos medicamentos, abandono do tratamento, às poucas altas por cura e aos contínuos gastos com hospitalização. Assim, percebeu-se que o mais importante não era a eficácia dos medicamentos, mas o comportamento da pessoa no processo terapêutico (GONÇALVES, 2000).

Desde 1998, a tuberculose está incluída na Portaria 4.052, do Ministério da saúde, que define as Doenças de Notificação Compulsória

em todo o território nacional. A reedição desta portaria, dentro do contexto da descentralização da saúde, favorece a expansão e a implementação, em todos os municípios brasileiros, do novo Plano Nacional de Controle da Tuberculose, lançado em março de 1999 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Em 2004, o Ministério da Saúde, difundiu o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) que padroniza ações desde o diagnóstico até os esquemas de tratamento e os critérios de alta. Esse programa representa uma evolução histórica da organização política de governo do estado nacional e cobre os cidadãos em todos os municípios (HIJAR *et al*, 2005).

O atual PNCT está baseado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da tuberculose. Ocorrendo o tratamento supervisionado mediante ações de vigilância epidemiológica, de proteção, de educação em saúde, de treinamento e capacitação permanentes, de comunicação e mobilização social e de avaliação, acompanhamento e monitoramento com a criação de um sistema de informação específico (DALCOLMO *et al*, 2007).

2.4. Doenças emergentes e reemergentes

2.4.1. O conceito de doenças emergentes e a noção de doença nova

Com o descobrimento dos antibióticos e sulfas, acreditava-se que a humanidade conseguiria combater diversos micro-organismos e que as doenças infecciosas seriam controladas e minimizadas. Assim, foi fundamentada a teoria da transição epidemiológica em que as doenças infecciosas deixariam de serem as principais causas de mortalidade, cedendo o lugar para as doenças crônico-degenerativas (GRISOTTI, 2010, p. 1096).

A teoria da transição epidemiológica permaneceu como a teoria hegemônica para a explicação das grandes tendências nos processos de adoecimento e morte das populações até meados dos anos noventa. Mas, com a emergência da AIDS foi verificado que o pretense movimento de eliminação das doenças infecciosas apontado por essa teoria nem sempre se constatava e que, os mesmos fatores relacionados ao avanço, ao desenvolvimento socioeconômico e a modernidade, que seriam os determinantes da transição epidemiológica, também poderiam determinar processos na direção inversa, propiciando o surgimento e ressurgimento das doenças infecciosas (LUNA, 2002, p. 232).

Desta maneira, a partir dos anos 1990 as doenças transmissíveis voltaram a ser priorizadas devido à revisão de conceitos e de atitudes, impondo fatores de complexidade aos modelos sanitários tidos como ajustados aos padrões tradicionais do desenvolvimento (NAVARRO, 2002, p. 39). Com isso, os países passaram a refletir e a tratar com maior ênfase, as questões relativas ao surgimento e ressurgimento de doenças, assim como a problemática associada ao aumento da resistência de agentes patógenos aos antimicrobianos (NAVARRO, 2002, p. 37).

O *Centers for Disease Control* (CDC) define doenças emergentes como aquelas doenças infecciosas cuja incidência aumentou nas duas últimas décadas ou tendem a aumentar no futuro. Para melhor especificar essa definição, são mencionadas diferentes circunstâncias que podem caracterizar a emergência de novos problemas de saúde. A primeira corresponde ao aparecimento ou identificação de novos agentes etiológicos, anteriormente desconhecidos. Outra circunstância é a referente ao aumento da incidência e disseminação de doenças que anteriormente estavam controladas. Outras doenças têm sua incidência aumentada em consequência do crescimento dos grupos expostos. Além destas, há doenças cujos agentes microbianos são resistentes aos desinfetantes como cloro e aos medicamentos, também podendo ser definidas como problemas emergentes (BARATA, 1997, p. 533).

As reemergentes, por sua vez, são as que ressurgiram após terem sido controladas no passado. Isso ocorre, como um problema de saúde pública, porque estão se expandindo rapidamente, em incidência e em área geográfica. Podendo acontecer, por exemplo, por resistência às drogas antimicrobianas comuns (BRASIL, 2005).

Para a melhor compreensão do que vem a ser a reemergência de doenças infecciosas, é importante delimitar precisamente os conceitos de erradicação, eliminação e controle de doenças. De modo sucinto, pode-se dizer que a erradicação de uma doença transmissível implica a cessação de toda a transmissão da infecção, pela extinção artificial da espécie do agente em questão. Pressupondo a ausência total de risco de reintrodução da doença, de maneira a permitir a suspensão de toda e qualquer medida de prevenção ou controle (BRASIL, 2005, p. 801).

Já a eliminação é a interrupção da transmissão de determinada infecção, em ampla região geográfica, persistindo, no entanto, o risco de sua reintrodução, seja por falha na utilização dos instrumentos de controle, seja pela modificação do comportamento da doença. Por outro lado, o controle significa operações ou programas desenvolvidos que tem como objetivo diminuir a incidência ou prevalência das doenças

transmissíveis e não transmissíveis a níveis muito baixos (BRASIL, 2005, p. 801).

O comportamento das doenças infecciosas tem mudado muito nas últimas décadas. A emergência das doenças infecciosas tem sido atribuída às mutações dos microorganismos ou como consequência de evoluções ocorridas nos patógenos. No entanto, este é somente um dos muitos fatores que contribuem para o surgimento das doenças (PIGNATTI, 2004, p. 140).

O surgimento das doenças também é resultado das mudanças sociais e ambientais ao longo da história humana, fazendo com que os micro-organismos fossem capazes de adquirir acesso a novas populações hospedeiras ou de se tornarem mais virulentos em indivíduos comprometidos imunologicamente. As doenças infecciosas são, portanto, definidoras de processos ecológicos (SABROZA *et al*, 1995).

Entre as doenças infecciosas reemergentes de maior relevância em saúde pública, pode-se citar algumas relacionadas ao desenvolvimento tecnológico, como as infecções por microorganismos resistentes a antimicrobianos, problema em parte decorrente do uso inadequado desses medicamentos, com sérios reflexos na morbimortalidade e no custo dos serviços (DAVIES & WEBB, 1988 apud WALDMAN, 2001).

No decorrer dos séculos, muitas doenças tem aparecido e desaparecido, mas nem sempre foi possível afirmar se elas eram novas ou se elas estavam presentes, porém a atenção médica ignorava suas existências. Pode-se citar o exemplo da tuberculose que provavelmente vem acometendo a humanidade há mais de 5.000 anos, podendo mesmo o *M. tuberculosis* ter se originado há cerca de 15.000 anos. Nas múmias do Egito, datadas de 3.400 a.C., foi demonstrado o comprometimento humano com a tuberculose (HIJJAR e PROCÓPIO, 2006, p. 15). No entanto, o bacilo da tuberculose só foi descoberto em 1882 por Robert Kock.

Neste sentido, ao considerar a ambiguidade e complexidade conceitual entre doença nova e doença emergente, para além da definição mais pragmática de doenças emergentes divulgada pelo CDC, Grisotti (2010, p. 1099) recupera a discussão filosófica de Grmek em que procura esclarecer quando raramente, de acordo com o autor, uma doença poderia ser considerada como realmente nova.

De acordo com Grisotti (2010, p. 1099), Grmek procurou evitar distorções, substituindo a noção de "novidade" por "emergência", considerando como nova apenas a doença que, antes de determinada

data, não tivesse sido reconhecida em alguma população, enquanto realidade clínica. A questão principal da análise deste autor fundamenta-se na diferenciação por ele realizada entre as raras situações em que se pode definir uma doença nova e a maioria dos eventos nos quais podem ser definidas como emergentes. Nesse contexto, de acordo com Grisotti (2010), Grmek apresenta cinco situações históricas diferentes, sendo que em quatro dessas, determinadas doenças são caracterizadas como emergentes e somente na última das situações a doença é caracterizada como nova:

- 1- Ela existia antes de sua primeira descrição, mas escapava ao olhar médico porque não podia ser conceituada como entidade nosológica;
- 2- Ela existia, mas somente foi observada depois de uma mudança qualitativa e quantitativa de suas manifestações.
- 3- Ela não existia numa região determinada do mundo e lá foi introduzida a partir de outra região.
- 4- A emergência das doenças pela passagem, ao homem, dos germes que parasitam outros animais.
- 5- Ela é absolutamente nova, o germe causal e/ou as condições necessárias do meio não tinham existido antes das primeiras manifestações clínicas.

Ainda de acordo com Grmek (1995, p.10 apud SCHMIDT, 2005, p. 18)

As doenças vêm sempre de alguma parte e não desaparecem completamente, ou às vezes nunca. E por esta razão prefere-se falar de sua emergência e declínio ao invés de sua novidade e seu desaparecimento. O questionamento sobre o passado de uma doença demonstra que esta última, num certo sentido é “nova”, mas por outro sentido “não o é”. Revisando e definindo com mais precisão a terminologia habitual, muda-se a noção de “nova” pela noção de emergência.

A emergência e a reemergência de doenças infecciosas produz novas aproximações transdisciplinares, nas quais se somam as contribuições de ecologistas, microbiologistas, epidemiologistas, engenheiros, cientistas sociais e outros especialistas que têm se esforçado em compreender os sistemas vivos complexos, nos quais se

processa a evolução de microorganismos desconhecidos ou não (MARQUES, 1995, p. 365).

2.4.2. Tuberculose como uma doença reemergente

De acordo com Hijjar *et al* (2005), no Brasil, a tuberculose teria chegado aos índios brasileiros através dos portugueses, inclusive de religiosos jesuítas como Anchieta e Manoel da Nóbrega, portadores da doença. Além disso, com a vinda dos colonizadores europeus muitos pacientes com tuberculose vieram atraídos pelas qualidades climáticas que se supunha na época serem importantes para o tratamento de doenças.

A grande mortalidade decorrente da introdução de novas doenças na população nativa chegou a influir negativamente nas atividades econômicas. Posteriormente, entre os escravos de origem africana a disseminação da doença foi facilitada, pois eles chegavam ao país frequentemente desnutridos e extenuados por longa viagem, levados a uma vida em condições insalubres (HIJJAR e PROCÓPIO, 2006).

São inúmeros os relatos de morbidade e mortalidade por tuberculose no Rio de Janeiro, da colonização ao Império, especialmente na área urbana (HIJJAR e PROCÓPIO, 2006). Sendo que no Rio de Janeiro em meados do século XIX, praticamente todas as famílias cariocas contavam com pelo menos um de seus membros portadores de tuberculose pulmonar, representando a principal causa de morte da época (BERTOLLI FILHO, 2001).

Com o passar dos séculos, vários termos foram utilizados para identificar a tuberculose e suas manifestações clínicas extrapulmonares. A denominação tísica, que significava consumido, era a palavra grega que designava a tuberculose. Quando dizimou milhões de pessoas no mundo ocidental, foi chamada peste branca. Termos como demônio do rei, doença mesentérica, mal de Pott, escrófula, foram utilizados para designar as formas extrapulmonares da tuberculose (HIJJAR *et al*, 2005).

A revolução francesa e a industrial foram decisivas no avanço da doença, favorecendo a transmissão com conseqüente aumento das mortes decorrentes da doença, pois a revolução industrial provocou grande migração rural em busca das cidades contribuindo para crescimento de aglomerações humanas em condições precárias (HIJJAR *et al*, 2005).

No Brasil, até a década de 1960, a população estava concentrada em áreas rurais. As formas de produção agrícola caracterizavam-se pela produção extensiva, que ocupava grandes áreas de plantações. Mas, a partir da década de 1970 uma mudança expressiva ocorreu no campo brasileiro, o qual se tornou totalmente mecanizado e contando com o apoio do governo, que pensava ser a agricultura a única maneira de quitar a dívida externa, direcionando o processo agrícola para o comércio exterior (OLIVEIRA, 1989).

As pessoas, ao perderem seus lugares no campo, saíram em busca de emprego, passando a viver em condições sub-humanas, pois as cidades possuíam pouca ou nenhuma estrutura de urbanização e práticas higiênicas. As habitações eram pequenas e abrigavam grande número de pessoas e a alimentação era geralmente pouco nutritiva (SANTOS, 2008).

Todas essas transformações que ocorreram no contexto brasileiro a partir da década de 1970, entre elas o processo de urbanização, acarretaram impactos sobre a saúde pública, favorecendo o desenvolvimento, entre outras doenças, da tuberculose.

A história do Brasil mostra que a proliferação da tuberculose se intensificou nas camadas mais pobres, especialmente da população urbana, por possuir ligação direta com as condições econômicas e sociais, estando relacionada por muito tempo à fome, incapacidade de prover recursos mínimos para a sobrevivência e comportamento amoral. Esses fatores contribuíram para a estigmatização da doença, fazendo com que fosse percebida, muitas vezes, como castigo para uma vida degenerada e de inteira responsabilidade individual (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 50).

Com a descoberta das primeiras drogas tuberculostáticas, a perspectiva sombria da tuberculose mudou, passando a ser considerada um problema controlado, uma vez que se passou a dispor de todas as condições técnicas para a sua prevenção, através da vacina BCG, diagnóstico e tratamento, revelando um declínio no número de casos (MALHERBI, 2001).

Neste sentido, a série histórica da tuberculose no Brasil vem mostrando declínio desde os anos 1980 quando foi introduzido o esquema de curta duração com rifampicina, isoniazida e pirazinamida. No entanto, nos anos 1990 houve redução na velocidade de queda provavelmente influenciada pela epidemia de AIDS (HIJAR e PROCÓPIO, 2006).

Além da associação da tuberculose com o HIV, a desestruturação dos serviços de saúde; o aparecimento de cepas

multirresistentes, fato em parte relacionado ao uso inadequado dos esquemas terapêuticos; a ampliação dos processos migratórios, levando indivíduos originários de países de elevada prevalência a se dirigirem a outros países; vem contribuindo para a reemergência da tuberculose (NASCIMENTO, 2005).

A infecção pelo HIV é hoje importante fator de risco para desenvolvimento da tuberculose, não apenas pela associação patológica, mas por uma combinação de fatores que favorecem a evolução da doença em ambas as condições (OLIVEIRA *et al*, 2004).

De acordo com a OMS, no mundo, o HIV/AIDS, a malária e a tuberculose, em conjunto, são responsáveis por 5,6 milhões de mortes e pela perda de 166 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade a cada ano (IPEA, 2011, p. 08). A tuberculose é a nona causa de internações, ocupa o sétimo lugar em gastos com internação e é a quarta causa de mortalidade, no Brasil, concentrando a maioria dos esforços e dos recursos dos organismos internacionais (BRASIL, 2005).

Entre os pacientes com AIDS, no momento do diagnóstico, o percentual de co-infecção com tuberculose, foi de 30% nos anos de 1990 e atualmente alcança valores de cerca de 20%. O risco de pessoas com AIDS adoecerem por tuberculose é cerca de 50 vezes maior do que o da população em geral. Podendo ocorrer em até 50% dos pacientes com HIV, no decorrer de suas vidas, sendo responsável por aproximadamente 1/3 das mortes de pacientes com AIDS (BRASIL, 2005).

De acordo com Hijjar *et al* (2005), a ocorrência de infecção pelo HIV em pacientes com tuberculose, no Brasil, foi de 8,7%, em 2002. Assim, vem sendo recomendado pelo Programa de Controle da Tuberculose que seja oferecido o teste anti-HIV para os pacientes com diagnóstico de tuberculose. O Plano Nacional de Controle da Tuberculose prevê que 100% dos pacientes com diagnóstico de tuberculose realizem a sorologia anti-HIV. No entanto, apesar da recomendação essa prática ainda não ocorre amplamente.

Conforme Oliveira *et al* (2004), a associação entre tuberculose e infecção pelo HIV afeta a mortalidade de duas formas: a tuberculose traz uma importante letalidade para as pessoas infectadas pelo HIV, e o HIV atua como causa indireta do aumento da incidência da tuberculose. Além disso, o paciente com tuberculose infectado pelo HIV não aderente ao tratamento torna possível o aumento da resistência às drogas tuberculostáticas e o aumento no risco da transmissão de *M. tuberculosis* e de HIV para os seus comunicantes (MUNIZ *et al*, 2006).

Para a melhoria das condições relacionadas ao tratamento da tuberculose, a medicação é gratuita para o paciente, de uso diário e deve ser administrada de preferência em uma única tomada. As drogas de primeira escolha para o tratamento são: Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E) nos quatro primeiros meses e Rifampicina e Isoniazida na fase de manutenção, ou seja, nos dois meses seguintes (MINAS GERAIS, 2006).

Um dos problemas importantes da tuberculose são as altas porcentagens de abandono do tratamento, encontrando-se no Brasil, taxas acima das consideradas aceitáveis pela OMS, inferior a 5,0%. Em 2010, essa taxa média de abandono no país situou-se em 9,8%, mas há diferenças regionais (BRASIL, 2012b).

Ressalta-se que a definição do termo “abandono de tratamento”, segundo as normas técnicas, é compreendido como sendo a situação em que a pessoa com tuberculose, após ter iniciado o tratamento para essa doença deixa de comparecer à unidade por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para seu retorno. Nos casos de tratamento supervisionado, o prazo de 30 dias conta a partir da última ingestão da droga (MINAS GERAIS, 2006, p. 101).

Evitar a seleção de resistência é primordial no tratamento da tuberculose, em razão da complexidade da doença e da dificuldade no manejo do paciente com tratamentos longos e de eficácia menor do que os esquemas convencionais, do alto custo dos fármacos e do acompanhamento do tratamento. Ressaltando, ainda, o sofrimento humano decorrente da gravidade das sequelas dessa forma de tuberculose (DALCOLMO *et al*, 2007, p. 40).

A resistência pode ser de dois tipos: adquirida ou secundária, quando a pessoa doente era inicialmente sensível aos medicamentos, mas, motivada pela irregularidade nas tomadas diárias, abandono ou novo adoecimento após cura, houve a seleção de bacilos resistentes; e resistência primária, quando a pessoa é infectada por cepas resistentes, sem nunca ter se submetido a tratamento anterior (FILHO *et al*, 2004).

A forma clínica da tuberculose com bacilos resistentes à rifampicina e à isoniazida foi conceitualmente denominada *multidrugresistant tuberculosis* nos Estados Unidos, no final da década de 1980. De acordo com a OMS, a tuberculose multirresistente é um problema de saúde pública importante que pode comprometer o sucesso da estratégia de tratamento supervisionado, bem como o controle da tuberculose no mundo. O uso inadequado dos antibióticos e a interrupção precoce do tratamento favorecem o desenvolvimento da resistência (IPEA, 2011, p. 17).

2.5. Direitos individuais e coletivos: a liberdade individual e os riscos à saúde coletiva

2.5.1. A cidadania no Brasil

De acordo com Bobbio (2004), os direitos, por mais fundamentais que sejam, são históricos, isto é, nascidos em certas circunstâncias, caracterizados por lutas em defesa de novas liberdades, ocorrendo gradualmente, não sendo todos de uma vez.

Em seu livro, Marshall (1967) desenvolve a distinção entre as várias dimensões da cidadania e demonstra como o processo de desenvolvimento da cidadania ocorreu na Inglaterra. Assinalando que primeiro vieram os direitos civis, no século XVIII. Depois, no século XIX, surgiram os direitos políticos. Finalmente, os direitos sociais foram conquistados no século XX. Sem esquecer as interseções e retrocessos entre um período e outro. Para Marshall (1967)

A cidadania exige um elo de natureza diferente, um sentimento direto de participação numa comunidade baseado numa lealdade a uma civilização que é um patrimônio comum. Compreende a lealdade de homens livres, imbuídos de direitos e protegidos por uma lei comum. Seu desenvolvimento é estimulado tanto pela luta para adquirir tais direitos quanto pelo gozo dos mesmos, uma vez adquiridos (MARSHALL, 1967, p. 84).

Conforme Marshall (1967), os direitos civis são aqueles necessários à liberdade individual, de ir e vir, de imprensa, de pensamento e fé, da propriedade e o direito de justiça. Este último é o direito de defender e afirmar todos os direitos em termos de igualdade com os outros. Esses direitos garantem as relações civilizadas entre as pessoas e a própria existência da sociedade civil. Os direitos políticos são aqueles que garantem o direito à participação na vida política, como membro ou como eleitor dos membros, além do direito às demonstrações políticas e de organizar partidos. Já os direitos sociais são aqueles que abrangem o direito mínimo de bem-estar econômico, de segurança, de participação na herança social, de garantias de convivência e de padrões de vida de um ser inserido na dinâmica social.

No entanto, o percurso inglês foi apenas um entre outros, não se aplicando esse o modelo no Brasil. De acordo com Carvalho (2002) há pelo menos duas diferenças. A primeira refere-se à maior ênfase no direito social. A segunda à alteração na sequência em que os direitos foram conquistados. No Brasil,

primeiro vieram os direitos sociais, implantados em período de supressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis por um ditador que se tornou popular. Depois vieram os direitos políticos, de maneira também bizarra. A maior expansão do direito do voto deu-se em outro período ditatorial, em que os órgãos de representação política foram transformados em peça decorativa do regime. Finalmente, ainda hoje muitos direitos civis, a base da sequência de Marshall, continuam inacessíveis à maioria da população (CARVALHO, 2002, p. 219).

Os direitos civis estabelecidos antes do regime militar foram recuperados após 1985. Entre eles cabe ressaltar a liberdade de expressão, de imprensa e de organização. Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, em que a garantia dos direitos do cidadão era o objetivo central. No que se refere aos direitos políticos, esta Constituição eliminou o grande obstáculo ainda existente à universalidade do voto, tornando-o facultativo aos analfabetos. Além disso, a Constituição é pouco restritiva à organização e funcionamento dos partidos políticos (CARVALHO, 2002).

A Constituição de 1988 ampliou também os direitos sociais, sendo estes os direitos à educação, à saúde, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados. Por exemplo, fixou em um salário mínimo o limite inferior para as aposentadorias e pensões, direito à licença-maternidade e paternidade, gozo de férias anuais remuneradas, entre outros (BRASIL, 1988).

Fora do âmbito constitucional, foi criado em 1996 o Programa Nacional dos Direitos Humanos, que prevê várias medidas práticas destinadas a proteger esses direitos. No entanto, a falta de garantia dos direitos civis se verifica, sobretudo, em relação à segurança individual, à integridade física e ao acesso à justiça (CARVALHO, 2002).

Desta forma, a Constituição Brasileira de 1988 assegurou os Direitos Individuais e Coletivos no Capítulo I. Por direitos individuais entende-se o grupo de direitos fundamentais, correspondentes ao que se

tem denominado direitos civis ou liberdades civis. São abordados na Constituição para exprimir o conjunto dos direitos fundamentais concernentes à vida, à igualdade, à liberdade, à segurança e à propriedade (SILVA, 2005).

Já os direitos coletivos apresentam-se ao longo do texto constitucional, caracterizados, na maior parte, como direitos sociais, como a liberdade de associação profissional e sindical, o direito de greve, a representação de empregado junto aos empregadores, o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, o direito de entidades associativas representarem seus filiados e os direitos de receber informações de interesses coletivos. Alguns deles não são propriamente direitos coletivos, mas direitos individuais de expressão coletiva (SILVA, 2005).

O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde é um direito social garantido pela Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 196, determina que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O direito à saúde, enquanto direito fundamental, se insere na categoria dos chamados direitos de titularidade coletiva, ou seja, os direitos não se restringem às meras partes individuais, na medida em que são de titularidade de grupos e coletividades (ASENSI, 2010).

Brasil (1998) afirma que em todo grupo populacional existem indivíduos sujeitos a fatores de risco para adoecer com frequência e gravidades variadas. Além do mais, existem, entre eles, possibilidades distintas de “produzir condições para sua saúde” e ter acesso aos cuidados no estado da doença.

Assim, a Constituição Federal de 1988, ainda, define a saúde como um produto das condições de vida das pessoas. Não sendo adquirida somente com assistência médica, mas, sobretudo pelo acesso das pessoas a emprego, salário justo, educação, habitação, saneamento, transporte, alimentação, cultura, lazer e a um sistema de saúde digno e de qualidade (VIEGAS e PENA, 2013).

2.5.2. Tuberculose Pulmonar: Os limites da liberdade individual e as estratégias da Saúde Pública

Ao longo da história, os maiores problemas de saúde que as pessoas enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Evidencia-se como exemplo, o controle das doenças transmissíveis, a melhoria do ambiente físico, a provisão de água e comida puras, a assistência médica. A ênfase sobre cada um desses problemas variou no tempo e de sua inter-relação se originou a saúde pública (ROSEN, 1994, p. 31).

No contexto da recusa do tratamento da tuberculose, é possível evidenciar um conflito entre o direito individual à liberdade e o direito coletivo à saúde. Considerando que a tuberculose por ser uma doença transmissível por via aérea, a pessoa quando não adere ao tratamento pode transmiti-la a seus contatos, colocando em risco a saúde do outro. De acordo com Ramos (2011, p. 50), um dos deveres do Estado consiste em impedir a invasão dos direitos produzida pela interferência indevida dos cidadãos e, sobretudo, do próprio poder político, sendo cumprido por meio da lei sobre todos igualmente.

Para que se possa analisar os limites da liberdade individual, torna-se imprescindível primeiramente abordar a efetivação do Estado por meio do contrato social em Hobbes. Esse autor, parte da premissa de um Estado de Natureza pertencente a todos os indivíduos. Nesse sentido, todas as pessoas são iguais e, assim, cada um tem o direito de utilizar seu poder e força para resguardar seus interesses particulares e consequentemente de fazer tudo que seu próprio julgamento e razão lhe apontem como meios adequados a esse fim. No Estado de Natureza, o indivíduo está imerso na ausência de um poder estatal soberano (HOBBES, 1979).

No Estado de Natureza, há a igualdade de capacidades e de direitos, no qual a liberdade dos indivíduos não encontra nenhum obstáculo, podendo ser utilizada da maneira que mais lhe convier para preservação de suas vidas, situação em que se encontra uma constante disposição para a disputa. Essa condição Hobbes denomina de condição de guerra, pois enquanto não foi instituído um poder suficientemente grande para a segurança, cada um confiou apenas em sua própria força e capacidade, como proteção contra todos os outros (LOPES, 2012).

Desta forma, os indivíduos visando conseguir a paz, e através disso sua própria conservação, criaram o Estado. Conforme Hobbes (1979), um Estado foi instituído quando uma multidão de pessoas concordou e pactuou, que a qualquer pessoa ou assembleia de pessoas a

quem seja atribuído pela maioria o direito de representar a pessoa de todos, tanto os que votaram a favor dele como os que votaram contra ele, autorizando todos os atos e decisões do representante.

O soberano surge com o contrato feito entre os súditos, que aceitam limitar suas liberdades e transferi-las a uma pessoa ou assembleia, em troca de paz e segurança (LOPES, 2012). A transferência mútua de direitos é aquilo a que se chama contrato, ao introduzir uma restrição sobre as pessoas sob a qual é vista viver nos Estados, ou seja, o desejo de sair da condição de guerra, quando não há um poder visível capaz de manter o respeito, forçando-os, por medo do castigo, ao cumprimento de seus pactos e ao respeito às leis de natureza (HOBBS, 1979).

Com isso também foram criadas as chamadas leis civis, as quais eles mesmos, mediante pactos mútuos, permanecendo de um lado o representante a quem confiaram o poder soberano, e no outro lado os súditos. É desta instituição do Estado que derivam todos os direitos daquele ou daqueles a quem o poder soberano é conferido mediante o consentimento do povo reunido (HOBBS, 1979).

A lei civil e a lei natural não são diferentes espécies, mas diferentes partes da lei, uma das quais é escrita e se chama civil, e a outra não é escrita e se chama natural. No entanto, a liberdade do indivíduo, pode ser limitada e restringida pela lei civil, sem a qual não será possível haver paz. E a lei surgiu como maneira que as pessoas sejam impedidas de causar dano uns às outras, e em vez disso se ajudem e unam (HOBBS, 1979).

Neste sentido, a maior parte dos pensadores contemporâneos, certamente os liberais contemporâneos, parece defender algum tipo de concepção de liberdade entendida como não-interferência real (PETTIT, 2010). Essa concepção de liberdade como não-interferência provavelmente tem sua origem em Hobbes, considerando que para este autor, as pessoas são tornadas estritamente não livres apenas na medida em que forem fisicamente coagidas (HOBBS, 1979).

A discussão liberal sobre a liberdade avança no sentido de precisar o âmbito e a extensão da liberdade individual, bem como as possibilidades do seu constrangimento mediante a lei. Benjamin Constant desenvolveu um texto (1985), no qual apresenta uma distinção entre o que denomina a liberdade dos antigos e liberdade dos modernos. Para os antigos, a liberdade consistiria em ser quase sempre soberano nas questões públicas e escravo em todos seus assuntos privados, deliberando na praça pública sobre a guerra e a paz, mas com todas as ações privadas sujeitas à severa vigilância. Já para os modernos, a

liberdade seria um meio para a segurança privada. “A independência individual é a primeira das necessidades modernas. Em consequência, jamais se deve exigir o seu sacrifício para estabelecer a liberdade política” (CONSTANT, 1985, p. 4).

No século XX, a discussão sobre a liberdade foi equacionada, de modo exemplar, pelas análises de Isaiah Berlin, no ensaio “Dois Conceitos de Liberdade”. Neste ensaio, o autor propõe examinar os dois sentidos políticos de liberdade, o negativo e o positivo (RAMOS, 2011, p. 46).

No primeiro sentido a pessoa é considerada livre na medida em que nenhuma pessoa ou grupo interfere em suas ações. A liberdade política nesse sentido é simplesmente a área na qual a pessoa pode agir sem ser obstruído por outros. Ser livre, nesse sentido, significa não sofrer interferência de outros. Quanto maior a área de não interferência, mais ampla a liberdade (BERLIN, 2002).

Por essa razão, a liberdade passa a ser chamada de negativa, isto é, ela existe na ausência de ações que podem criar impedimentos arbitrários e indevidos à livre atividade dos sujeitos. Esta acepção de liberdade tende a responder à pergunta “Qual é a área em que o sujeito, é ou deve ter permissão de fazer ou ser o que é capaz de fazer ou ser, sem a interferência de outras pessoas?” (BERLIN, 2002, p. 229).

No sentido positivo, a liberdade é compreendida como a capacidade de autodeterminação do indivíduo, por meio da autonomia da vontade. Ela é positiva, porque a liberdade significa o desejo de o indivíduo ser senhor de si próprio e da sua atividade. Este sentido está implicado na resposta à pergunta: “O que ou quem é a fonte de controle ou interferência capaz de determinar que alguém faça, ou seja, uma coisa em vez de outra?” (BERLIN, 2002, p. 229).

Na análise de Berlin, a concepção negativa impõe-se de forma incontornável, tendo em vista que ela pressupõe o “pluralismo ético, amparando a diversidade de concepções sobre a ideia de melhor vida e diferentes estilos de comportamento que os indivíduos podem, livremente, escolher” (RAMOS, 2011, p. 49).

Para Berlin, a coerção provém de uma fonte externa ao indivíduo que a sofre, implicando a interferência determinada de outros seres humanos (BERLIN, 2002, p. 229). Pois, para Berlin não faz sentido um indivíduo declarar-se coagido por si mesmo, ou lastimar sua falta de liberdade para fazer o que não tem condições de fazer (SILVA, 2008, p. 169).

No que se refere à relação da liberdade com a lei, Berlin entende que a lei consiste numa evidente interferência externa na área

em que o indivíduo é livre para agir conforme lhe convir. Por mais legítima que seja a lei, resultará sempre em redução da liberdade individual (SILVA, 2008, 172).

No entanto, Berlin afirma que, até certo limite, isso pode ser justo e necessário, pois a elaboração de leis que limitam a liberdade em benefício de outros bens seria um recurso perfeitamente justificável. Sem justificativa, porém, seria a identificação da limitação que a lei impõe à liberdade individual, mesmo que se esteja tratando de uma lei elaborada com o consentimento e participação do indivíduo cuja liberdade a lei restringe (SILVA, 2008, p. 173).

Foucault aborda a análise esboçada por Abeille, que possui uma espécie de simetria em relação ao pensamento jurídico que dizia, por exemplo, que todo indivíduo que aceita as leis do seu país assina um contrato social, aceita-o e o revalida a cada instante em seu próprio comportamento, enquanto aquele que, ao contrário, viola as leis, rasga o contrato social, este toma-se estrangeiro em seu próprio país e, por conseguinte, cai sob as leis penais que vão puni-lo, exilá-lo, de certo modo matá-lo (FOUCAULT, 2008b).

Nesse exemplo, começa a se esboçar a noção de população, em uma divisória na qual o povo aparece como sendo, de uma maneira geral, aquele que resiste a regulação, que tenta escapar desse dispositivo pelo qual a população existe. Apesar da simetria aparente, o próprio sujeito coletivo população é muito diferente do sujeito coletivo constituído e criado pelo contrato social, devido à população ser absolutamente alheia ao pensamento jurídico e político dos séculos precedentes (FOUCAULT, 2008b).

A população aparece como uma realidade muito mais densa do que aquela série de súditos submetidos ao soberano. E, com isso, vai ser preciso que o Estado assuma não mais propriamente os indivíduos a serem submetidos a uma regulamentação, mas essa nova realidade. Com o desenvolvimento de distintos tipos de intervenção, que vão se desenvolver na segunda metade do século XVIII. Sendo, por exemplo, a medicina social, os problemas da demografia, enfim tudo o que vai fazer surgir uma nova função do Estado, de assunção da população em sua própria naturalidade. A população como coleção de súditos é substituída pela população como conjunto de fenômenos naturais. Neste sentido, o Estado tem a seu encargo uma sociedade civil, e é a gestão dessa sociedade civil que o Estado deve assegurar (FOUCAULT, 2008b).

Neste sentido, a população aparece, portanto, mais como fim e instrumento do governo que como força do soberano, como sujeito de necessidade, de aspirações, mas também como objeto nas mãos do

governo; como consciente ante o governo daquilo que ela quer inconsciente em relação àquilo que se quer que ela faça. O interesse individual, enquanto consciência de cada indivíduo constituinte da população, e o interesse geral, como interesse da população, quaisquer que sejam os interesses e as aspirações individuais daqueles que a compõem, constituem o alvo e o instrumento fundamental do governo da população. Nascimento de uma arte ou de táticas e técnicas absolutamente novas (FOUCAULT, 2013).

Trata-se de uma forma diferente de fazer funcionar a relação coletivo/indivíduo, totalidade do corpo social/fragmentação elementar, que vai agir na população. Neste sentido, torna-se necessário gerir e não mais regulamentar. Essa gestão terá essencialmente por objetivo, não tanto impedir as coisas, mas fazer de modo que as regulações necessárias e naturais atuem (FOUCAULT, 2008b).

A disciplina revelou-se muito importante a partir do momento em que se procurou gerir a população. Tendo em vista que gerir a população não significa apenas gerir a massa coletiva dos fenômenos ou somente no nível dos resultados globais, mas gerir em profundidade e no detalhe (FOUCAULT, 2013).

No entanto, não se pode compreender em termos de substituição de uma sociedade de soberania por uma sociedade disciplinar e desta por uma sociedade de governo. Trata-se de um triângulo: soberania – disciplina – gestão governamental, que tem a população como alvo principal (FOUCAULT, 2013).

Desta forma, desde o século XVIII, vive-se na era da governamentalidade, que foi o fenômeno que permitiu ao Estado sobreviver, sendo ao mesmo tempo exterior e interior ao mesmo. Envolvendo as táticas de governo que permitem definir a cada instante o que deve ou não competir ao Estado, o que é público ou privado, o que é ou não estatal. Portanto, o Estado em sua sobrevivência e em seus limites, deve ser compreendido com base nas táticas gerais da governamentalidade (FOUCAULT, 2013).

A saúde e o bem-estar físico da população, em geral, surgem como um dos objetivos essenciais do poder político. A doença, como fato de grupo e de população, é problematizada, a partir de instâncias em relação às quais o Estado desempenha papéis diversos, com a emergência em pontos múltiplos do corpo social, da saúde e da doença, como problemas que exigem, de uma maneira ou de outra um encargo coletivo, sendo a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral (FOUCAULT, 2013).

A tuberculose tem sido ao longo da história da saúde mundial, uma das doenças infecto-contagiosas que prevalece entre tantas outras. Mesmo sendo uma enfermidade antiga, a tuberculose persiste como problema sério de saúde pública, que necessita de ações urgentes. Esse contexto encontra-se relacionado ao tratamento da tuberculose que é permeado por situações em que o paciente não realiza o tratamento corretamente ou o abandona antes do término, acarretando, assim, aumento no número de casos, redução nas taxas de cura, o aparecimento de tuberculose multirresistente e elevadas taxas de óbito (VENDRAMINI, 2001).

Neste sentido, a não-adesão dos pacientes com tuberculose à terapêutica oferecida representa um dos principais problemas encontrados pelo Programa de Controle da Tuberculose, em que os pacientes tornam-se crônicos, tanto da doença, quanto do serviço. De acordo com Bertolozzi (1998), a adesão transcende o ato de ingerir o medicamento, e se relaciona diretamente ao lugar ocupado pelo indivíduo no processo de produção e reprodução social, na medida em que desse decorrem condições favoráveis ou limitantes para a efetivação da manutenção terapêutica. Além disso, refere-se às concepções de saúde-doença que apresentam os indivíduos portadores da enfermidade, assim como aos aspectos que dizem respeito à organização dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, o indivíduo deve ser concebido como um ser ativo frente à necessidade de superação do momento da enfermidade e há responsabilidade e compromisso junto à equipe de saúde na condução das intervenções de saúde. Assumindo-se enquanto sujeito do processo e não como cumpridor de projetos terapêuticos que não correspondem às suas necessidades de vida (BERTOLOZZI *et al*, 2009).

No entanto, Reiners *et al* (2008) observam que o papel do paciente é o de ser submisso às recomendações dos profissionais da saúde e, ainda, que os profissionais dos serviços de saúde rotulam algumas pessoas como propícias a descontinuarem o tratamento e não consideram os diferentes modos de vida na abordagem de seus pacientes, dificultando, assim, a formação do vínculo e favorecendo a descontinuidade do tratamento.

Para Reiners *et al*. (2008), o fator mais importante da não adesão está relacionado ao fato de ser dada a maior carga de responsabilidade pela adesão ao paciente e que ele tem a liberdade para seguir ou não o tratamento, mas o profissional exime-se da responsabilidade sobre as consequências dessa decisão. Portanto, se o paciente não adere ao tratamento é porque ele assim escolheu, não sendo

de responsabilidade do sistema, do Programa de Controle ou dos profissionais (VENDRAMNI, 2001).

Neste sentido, a adesão ao tratamento da tuberculose pode ser vista como a liberdade de escolha de um sujeito ativo no processo saúde-doença em aceitar ou não as propostas terapêuticas impostas pelo Programa de Controle da Tuberculose. No entanto, ressalta-se que essa liberdade de escolha em não se tratar de uma doença transmissível, pode trazer implicações para a saúde da população.

O direito à liberdade se tornou um elemento indispensável para a própria governamentalidade, somente se pode governar bem se, efetivamente, a liberdade ou determinadas formas de liberdade forem respeitadas. Tendo em vista que, não respeitar a liberdade não é somente exercer violações de direito em relação à lei, mas não saber governar como se deve. A integração das liberdades e dos limites próprios a essa liberdade no interior da prática governamental tornou-se agora um imperativo (FOUCAULT, 2008b).

Com o governo da população, não se observa mais o surgimento de um poder que assumiria a forma de uma vigilância exaustiva dos indivíduos, que esteja presente aos olhos do soberano, mas o conjunto dos mecanismos que vão tornar pertinentes, para o governo e para os que governam, fenômenos bem específicos, que não são exatamente os fenômenos individuais (FOUCAULT, 2008b).

As estatísticas permitem estudar esses fenômenos e dessa maneira antecipar os riscos, os quais essa população pode estar submetida (FOUCAULT, 2008b). Desta forma, na razão de Estado, a estatística tornou-se fundamental, com métodos de imposição de modos de agir aos sujeitos, oferecendo muitas possibilidades de fundamentos para as normas enquanto direção das condutas, inclusive às relativas aos riscos. Assim, o problema das populações tem atingido um tipo de tecnologia que permite governar os sujeitos, a família, a educação, ampliando para a coletividade (LOPES, 2012). Sendo da competência dos programas de saúde coletiva a elaboração de estratégias de prevenção das doenças capazes de minimizar a exposição a riscos desnecessários (CAPONI, 2003).

Nesse sentido, visando diminuir os riscos inerentes à tuberculose, a OMS propôs em 1993, uma alternativa no sistema de administração do tratamento. Em vez de simplesmente fornecer a medicação ao doente em intervalos regulares, recomendou que a tomada de medicamento fosse observada diretamente. (HIJJAR *et al*, 2005)

Essa é a estratégia DOTS que significa tratamento diretamente observado de curta duração, que consiste em parte na observação e

monitorização da administração do medicamento, mas que na realidade compreende um conjunto de medidas que se complementam. De acordo com WHO (1999), essa estratégia conta com cinco elementos considerados essenciais para o controle global da tuberculose:

1. Compromisso governamental com as atividades básicas de controle da tuberculose;

2. Detecção de casos por baciloscopia, em todo paciente sintomático respiratório, que, espontaneamente, procure o serviço de saúde;

3. Esquemas de tratamento padronizados de seis a oito meses para, pelo menos, todo caso bacilífero, com tratamento diretamente supervisionado durante, no mínimo, os dois meses iniciais;

4. Suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados;

- 5 Um sistema de registro e notificação de casos que permitam o acompanhamento dinâmico dos resultados de tratamento de cada paciente e do Programa de Controle da Tuberculose como um todo.

De acordo com a OMS, a estratégia, inicialmente aplicada na Índia em 1994, ficou conhecida na época como Programa Nacional Revisado de Controle da Tuberculose (*Revised National Tuberculosis Control Programme* — RNTCP). Desde o desenvolvimento da DOTS, a OMS tem se concentrado no desenvolvimento de estratégias complementares no controle da tuberculose, como *Global Drug Facility* e *Green Light Committee*, desenvolvidos para aprimorar o acesso aos medicamentos. Ao final de 2003, 82 países haviam aplicado essa estratégia no mundo, o que correspondia a 77% da população mundial, só na região das Américas, 78% da população possuía cobertura pela estratégia DOTS (VENDRAMINI *et al*, 2007).

Em 1993, como reflexo do cenário mundial o Ministério da Saúde elaborou um Plano Emergencial para o controle da tuberculose, que efetivamente foi implantado em 1996. Tinha como objetivo, aumentar a efetividade das ações de controle, através da implementação de atividades específicas em 230 municípios prioritários que concentravam 75% dos casos estimados. A escolha desses municípios prioritários baseou-se em critérios de magnitude epidemiológica da tuberculose e da AIDS, assim como na dimensão populacional dentre outros (RUFFINO-NETTO, 2002).

Este plano deveria articular as estratégias do Ministério da Saúde na reorganização do modelo de atenção do SUS com a Estratégia Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde (RUFFINO-NETTO e SOUZA, 1999). Todos os municípios passaram a receber um

incentivo financeiro relacionado à alta por cura do paciente, valorizando o desempenho da gestão do município nessa estratégia (ARCÊNCIO, 2006).

A estratégia foi rapidamente ampliada para os países com maior prevalência da doença. No Brasil, a partir de 1996, uma portaria ministerial instituiu o tratamento supervisionado com pelo menos três observações semanais da tomada de medicamentos nos dois primeiros meses e uma observação por semana até o seu final (HIJJAR *et al*, 2005).

Em 1998, a imprensa internacional chamava a atenção para a calamidade da situação epidemiológica da tuberculose no mundo. Dessa forma, o Conselho Nacional de Saúde concluiu que o plano Emergencial, ainda em implementação, requeria ajustes e ampliação, o que demandou, por fim, na constatação de que a tuberculose era problema prioritário de saúde pública no país. Como resultado, recomendou-se o estabelecimento de estratégias para um novo Plano – ocasião em que foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, que produziu duas inovações: a ampliação do tratamento supervisionado e a instituição de um bônus de R\$ 150,00 e de R\$ 100,00 para cada caso de tuberculose diagnosticado, tratado e curado, respectivamente, se foi utilizado ou não o tratamento supervisionado. O repasse desse bônus é feito automaticamente por ocasião da notificação da alta por cura do paciente (RUFFINO-NETTO, 2002).

De acordo Hijjar *et al* (2005), a organização da estratégia DOTS deve ser flexível no atendimento, conciliando as necessidades dos doentes às condições de operacionalização do serviço com definição conjunta sobre a melhor alternativa para observar a ingestão dos medicamentos. Podendo ser feita a supervisão na Unidade de Saúde, no domicílio, no local de trabalho do paciente, em centros comunitários ou em qualquer local que facilite sua execução.

No entanto, essa forma de administrar o tratamento, prevendo a redução do índice de abandono preconizado pelos Programas de Tuberculose, nem sempre é compreendida pelos que se submetem a essa padronização. Isto é, os doentes são impelidos a ingerir a medicação sob a supervisão de um agente de saúde que se certificará da administração correta, sem necessariamente reconhecer ou compreender o fundamento de tal ação ou dando a ela outro significado. Deste modo, o fundamento do tratamento supervisionado, pode ser visto como um propósito de cuidado pessoal com a saúde dos pacientes pelos profissionais de saúde, quando necessariamente, no âmbito gerencial venha a refletir nos índices estatísticos.

O abandono de tratamento da tuberculose representa um importante problema para a saúde pública, fato que deve impulsionar a reorientação das estratégias para controle desta doença. Considerando que enquanto o discurso da adesão ao tratamento enfoca no paciente a autonomia para seguir o tratamento, as estratégias elaboradas pelo Programa de Controle de Tuberculose se apresentam com a necessidade de submissão do paciente a normas estabelecidas. Considerando que no tratamento supervisionado, o paciente não decide nem mesmo sobre a administração de sua medicação, limitando a liberdade de escolha do sujeito no processo saúde- doença.

3. POLÍTICA DE ATENÇÃO À TUBERCULOSE: ENTRE AS ATRIBUIÇÕES E AS EXPERIÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS

3.1. Notificação e Investigação Epidemiológica da Tuberculose

Nesta pesquisa foram entrevistados seis profissionais de saúde, dentre eles duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e duas agentes comunitárias de saúde que revelaram em seus depoimentos a rotina de lidar paralelamente com as determinações do Programa de Controle da Tuberculose e com as singularidades dos portadores de Tuberculose.

Em relação à Vigilância Epidemiológica foram entrevistadas a enfermeira, coordenadora da vigilância, e a técnica de enfermagem. Na Estratégia Saúde da Família foram entrevistadas, a enfermeira, a técnica de enfermagem e duas agentes comunitárias de saúde. A Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, atua de forma articulada com Vigilância Epidemiológica no intuito de diminuir os índices de abandono do tratamento da tuberculose e as implicações deste para a saúde da população.

A tuberculose é uma doença transmissível e de notificação compulsória, em que conforme Brasil (2011), o diagnóstico precoce e oferecimento do tratamento correto são as principais medidas para a interrupção da cadeia de sua transmissão. A vigilância da tuberculose tem por objetivo o conhecimento dos casos da doença que ocorrem na população, sendo que as primeiras ações para que os profissionais possam prevenir a propagação da doença são a busca por sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas), identificação e confirmação do caso.

De acordo com a OMS “a vigilância exercida pela saúde pública é um conjunto de informações suficientemente precisas e completas a respeito da distribuição e disseminação da infecção, consideradas pertinentes ao projeto, implementação ou monitoramento de programas e atividades de controle e prevenção” (WHO, 1993, p. 255).

O diagnóstico no município de Araçuaí ocorre por demanda espontânea ou por busca de sintomáticos respiratórios. No caso em que há demanda espontânea, o doente procura pela unidade de saúde devido aos sintomas da doença ou mesmo outras necessidades de saúde, com agendamento da consulta no PSF, na Policlínica municipal, clínica

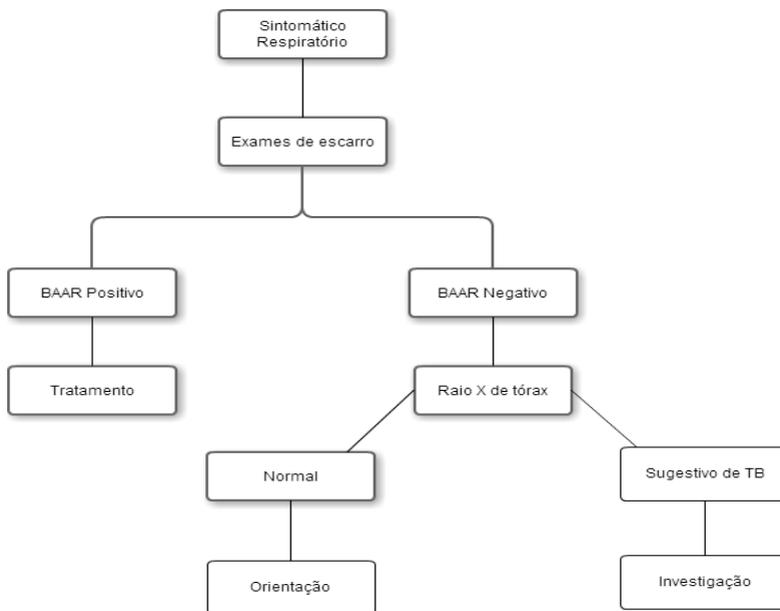
privada ou procura pela consulta no hospital. Já na busca por sintomáticos respiratórios essas pessoas são identificadas pelos profissionais de saúde durante a visita domiciliar, campanhas ou no atendimento ambulatorial.

O diagnóstico da tuberculose é baseado na anamnese clínica seguida pela identificação do bacilo em esfregaços utilizando microscopia ótica. Na tuberculose pulmonar, a tosse não produtiva é o sintoma mais comum no início da doença. Com o desenvolvimento da infecção, o escarro começa a ser produzido quando aumenta a inflamação e a necrose no tecido pulmonar (TEIXEIRA *et al*, 2007).

O diagnóstico é principalmente pela clínica do paciente onde a gente já estabelece cinco critérios principais: febre vespertina, perda de peso, inapetência, dor torácica e Raio X. A clínica do paciente mais exames complementares sugestivos.
EN02

A baciloscopia do escarro é o método prioritário para o diagnóstico e controle do tratamento de tuberculose, por permitir a identificação da principal fonte de transmissão da infecção que é o paciente bacilífero (CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004). Quando há suspeita de tuberculose, o médico solicita o exame de baciloscopia do escarro, e se disponível o Raio X, para confirmação, como evidencia o fluxograma a seguir:

Figura 1: Diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde



Fonte: Entrevista com profissionais de saúde

O diagnóstico é realizado em todo o sistema de saúde do município de Araçuaí, podendo ser tanto no serviço público ou privado. Neste município, nos últimos cinco anos apenas um caso foi diagnosticado no setor privado, sendo este da forma extrapulmonar e foi notificado pela vigilância epidemiológica. De acordo com Oliveira (2009), os casos de tuberculose são diagnosticados principalmente nos serviços públicos de saúde. O depoimento a seguir corrobora com essa afirmação

O diagnóstico é mais relacionado à rede pública, eles encaminham. São poucos que notificam lá. Quando eles veem que tem uma suspeita na epidemiologia. TE02

Fatores relacionados ao doente e aos serviços de saúde podem contribuir para que o diagnóstico ocorra prioritariamente nos serviços públicos, podendo estar interligados à organização da própria Política de

Controle da Tuberculose, que concentra nesses serviços as estratégias envolvidas no tratamento e acompanhamento. Além disso, os consultórios médicos privados, ainda, são restritos a determinadas populações. Neste sentido, os profissionais consideram que há diferenças entre o paciente do setor privado e os pacientes atendidos no sistema público de saúde.

O paciente do privado, ele é um paciente diferenciado pela escolaridade, pelo nível cultural. Então já quando ele procura um sistema privado ele já tem a consciência de que ele possa manter e que existe aquele profissional que ele tem o amparo de ficar ligando, perguntando, mas de forma mais indireta. EN02

De acordo com Oliveira (2009), diferentes autores indicam que o fato de o doente ser atendido em serviços particulares leva ao aumento no tempo para a realização do diagnóstico de tuberculose. Alguns fatores apontados pelos autores são os métodos diagnósticos utilizados no setor privado em que o Raio X é mais solicitado do que a baciloscopia de escarro para os sintomáticos respiratórios, sendo que a utilização dos dois métodos é essencial à investigação da tuberculose. A utilização do Raio X como método único pode ser insuficiente para estabelecer o diagnóstico definitivo da tuberculose e provocar certa confusão na suspeita diagnóstica (RUFFINO-NETO, 2006).

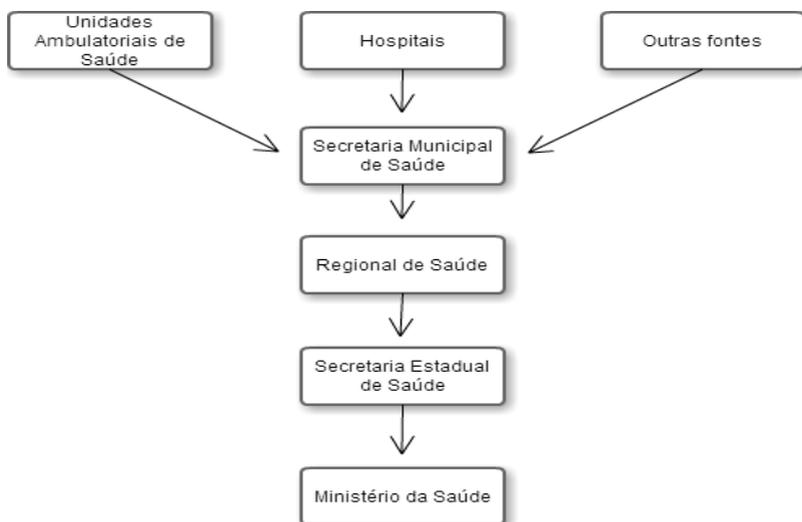
Os profissionais revelaram nas entrevistas a diferença entre a assistência ao portador de tuberculose no sistema público e privado, ressaltando a importância do acompanhamento dos pacientes no SUS

Ele não faz aquele papel mais, assim, imperativo igual a gente faz. De buscar, de visitar. Então a pessoa fica mais a vontade com o privado e a gente já tem aquela forma mais impositiva, talvez de argumentar mais, de falar mais, de bater na porta e dizer: “Bom dia! Estamos aqui”, que faz parte de nossa atenção primária, faz parte da referência, faz parte da vigilância epidemiológica fazer com que a sensibilização dessas pessoas, família aconteça. Isso só pode acontecer dessa forma. EN02

Porque nós aqui do SUS, a gente tem aquela preocupação de saber como é que é que a pessoa está, de levar o remédio. Particular não. Particular tratou ali, eles não estão por saber. Acompanhamos direto. ACS02

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é o mais importante sistema para a vigilância epidemiológica. Sendo alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos constantes da lista nacional de doenças de notificação compulsória, dentre elas a tuberculose. No Sinan, a entrada de dados ocorre pela utilização de dois formulários padronizados a Ficha Individual de Notificação (FIN) e a Ficha Individual de Investigação (FII) (BRASIL, 2005). Com a suspeita do caso são preenchidos os referidos formulários, sendo que as fontes notificadoras deverão encaminhá-los. A Figura 2 traz o fluxo de informação definido pelo Ministério da Saúde.

Figura 2: Fluxo de Informação do SINAN



Fonte: Brasil, 2005

No município de Araçuaí, os casos são notificados pelos serviços de saúde e encaminhados para a vigilância epidemiológica do próprio município. Essa a notificação compulsória é enviada para a Regional de Saúde de Diamantina, visto que é o serviço de referência para o município. A Regional de Saúde de Diamantina envia as informações para a Secretaria Estadual de Saúde que posteriormente encaminha ao Ministério da Saúde. O fluxo de informações no município segue os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde. Além disso, a vigilância epidemiológica fomenta o sistema de informação com atualizações sobre o caso até a alta por cura ou abandono de tratamento.

A rede de atenção à tuberculose pressupõe ações integradas da vigilância em saúde e atenção básica, conforme previsto na Portaria nº 3.252 do Ministério da Saúde, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2011). Assim, quando um caso é notificado deve ser acompanhado tanto pelos profissionais da Unidade Básica quanto da referência secundária.

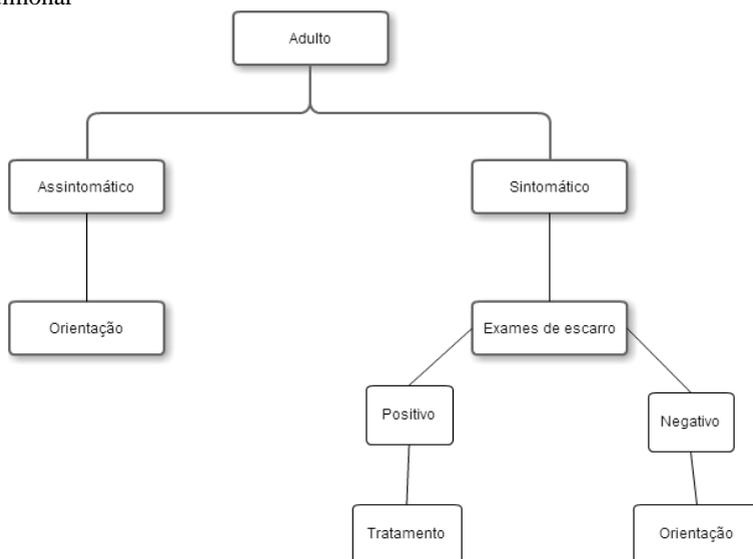
O paciente é notificado, encaminhado para o serviço de referência [...] e a gente faz o acompanhamento desse paciente até a alta, mas a atenção primária está interligada à situação. Ela sabe que dia que tem que pegar a medicação, se o paciente não veio hoje era o dia, né, de entregar segundo mês de tratamento não veio a tolerância de esperar da atenção primária é até amanhã. Porque ela tem que saber que o esquema já está atrasado desde ontem. E aí a gente trabalha nessa linha de resgatar, informar e a busca ativa. Referenciamos atraso da medicação de possível paciente silencioso, que já é uma suspeita de abandono, para que esse abandono não concretize algo que tem que ser feito nos primeiros cinco dias, na primeira semana de ausência desse paciente do serviço. EN02

A investigação epidemiológica deve ser iniciada imediatamente após a notificação de casos isolados ou agregados de doenças, quer sejam suspeitos, clinicamente declarados ou mesmo contatos, para os quais, as autoridades sanitárias considerem necessário dispor de informações complementares (BRASIL, 2005).

Uma investigação epidemiológica envolve o exame do doente e de seus contatos, com detalhamento da história clínica e de dados

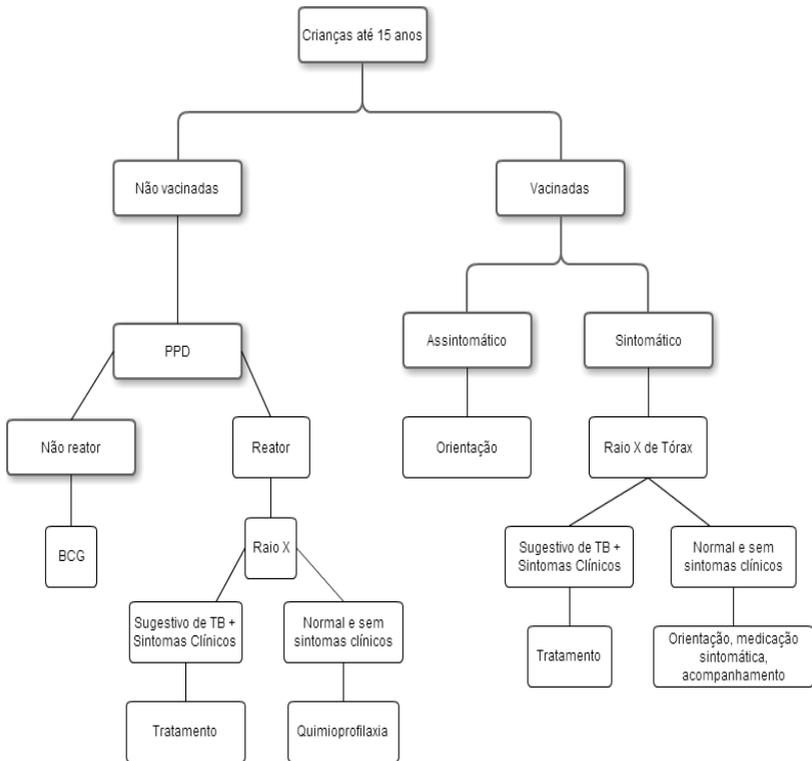
epidemiológicos, além da coleta de amostras para laboratório, busca de casos adicionais, identificação do agente infeccioso em caso de doença transmissível, identificação da forma de transmissão, busca de locais contaminados e definição de fatores que tenham auxiliado para a ocorrência dos casos (BRASIL, 2005). A figura 3 traz as condutas a serem adotadas com relação aos contatos adultos e a figura 4 em relação aos contatos menores de quinze anos, de acordo com o resultado dos exames. (BRASIL, 2005).

Figura 3: Fluxograma para investigação de contatos adultos de tuberculose pulmonar



Fonte: Brasil, 2005

Figura 4: Fluxograma para investigação de contatos crianças de tuberculose pulmonar



Fonte: Brasil, 2005

A vigilância epidemiológica do município de Araçuaí inicia o exame do doente e dos contatos logo após a notificação pelo serviço de saúde, seja este público ou privado. Neste sentido, há a confirmação do caso por meio da baciloscopia do escarro e avaliação clínica dos contatos. Contatos que são sintomáticos respiratórios realizam a baciloscopia, se o resultado for positivo inicia-se o tratamento, ou se resultado for negativo inicia-se a quimioprofilaxia quando indicado pelo médico. A quimioprofilaxia é mais comum em casos infantis da tuberculose.

A atual situação epidemiológica da tuberculose infantil é pouco conhecida, apesar do aumento mundial da incidência da doença. A presença de tuberculose em crianças deve ser encarada como um evento-

sentinela em saúde pública, visto que se refere à infecção recente promovida por contato com pessoa bacilífera (ALVES *et al*, 2000).

3.2. Dimensões do tratamento na perspectiva dos profissionais de saúde

Nos primeiros anos da terapêutica moderna, os medicamentos para tuberculose eram ministrados isoladamente e por curto período de tempo. Observava-se que, embora fossem eficazes, muitos doentes, particularmente os que apresentavam lesões extensas, permaneciam com baciloscopia de escarro positivo (OLIVEIRA e MOREIRA FILHO, 2000).

Assim, foi observado que tais medicamentos deveriam ser administrados por longo tempo, para prevenir as recidivas, e em associações, para evitar o desenvolvimento de resistências. A quimioterapia longa possibilitou a cura da tuberculose pulmonar, porém relacionou-se com o não cumprimento do tratamento. A necessidade de esquemas mais curtos era notável, assim, iniciou-se a utilização da quimioterapia de curta duração (OLIVEIRA e MOREIRA FILHO, 2000).

Em 1979, o Brasil preconizou um sistema de tratamento para a tuberculose composto por rifampicina, isoniazida e pirazinamida (esquema tríplice), com redução na incidência da tuberculose pulmonar no período de 1981 a 1989 de 4,1% ao ano. Essa tendência foi revertida nos anos seguintes e constatou-se o aparecimento da forma multirresistente da tuberculose. (ARCÊNCIO, 2006)

Desta forma, em 2009, com base nos resultados preliminares do II Inquérito Nacional de Resistência aos Medicamentos antiTuberculose, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, juntamente com o seu comitê técnico assessor, reviu o sistema de tratamento da tuberculose no Brasil e introduziu o etambutol como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento do Esquema Básico (BRASIL, 2011).

A apresentação farmacológica desse esquema passa a ser em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol, sendo a dose recomendada de 4 comprimidos do 4:1 por dois meses, seguidos de dois comprimidos do 2:1 (na dose 300/150) ou 4 comprimidos na dose 150/75 mg ao dia, por 4 meses (GEMAL, 2011).

Para Gemal (2011), a produção e a distribuição dos medicamentos são consideradas parte decisiva da questão. Para garantir

o acesso, um complexo trabalho prévio das coordenações dos sistemas de saúde torna-se necessário, incluindo planejamento e gestão dos processos administrativos. Além disso, para garantir que o medicamento tenha efetividade, os profissionais entrevistados nesta pesquisa enfatizam que deve haver continuidade na disponibilização à população e qualidade predefinida assegurada.

A dispensação de medicamentos hoje a gente já faz um controle muito assegurado. Então a gente já tem paciente que é notificado no serviço hoje, por exemplo, ele já sai do serviço com a medicação em mãos. A gente não tem esse comprometimento de aguardar que a medicação chegue, do paciente começar o tratamento vamos dizer daqui a 15 dias. A medicação é imediata. Casos de esquemas especiais, ele mantém o esquema único, a gente faz o controle de BAAR por todos os meses. EN02

A partir do momento que os profissionais passam saber que aquela pessoa tem tuberculose, eles vão atrás, procuram, passam o medicamento certinho, todo mês. Eu acho que agora é muito mais fácil, antes era difícil. Tinha mais dificuldade de, assim, de tratar. ACS01

A partir do momento que ele é notificado, o medicamento está à disposição. Medicamento, médico, exames, tudo, a equipe toda fica pronta para atender. TE02

É fácil, vem pelo SUS, não precisa gastar e ajuda demais. A medicação vem certinha. Sempre vem. ACS02

O tratamento da tuberculose no Brasil é ofertado exclusivamente no setor público, de acordo com as normas e protocolos de tratamento vigentes e recomendados pelo Ministério da Saúde. O setor privado refere os casos para o sistema público e a rede privada de farmácias não oferta medicamentos de primeira nem a maioria dos de segunda linha para tuberculose. Os medicamentos são adquiridos, de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados, que por sua vez são delegados a distribuir aos municípios. (GEMAL,

2011). Os profissionais percebem o tratamento exclusivo pelo SUS como positivo.

Que essa situação não fique mascarada, nos consultórios privados, no atendimento privado. Porque existe a imediata notificação compulsória. Se a gente não tiver cercado desse medicamento sob um controle de referência dentro do serviço a gente se perde. Então até para a gente acompanhar e não perder esse paciente, eu acho fundamental que esse serviço esteja vinculado exclusivamente ao SUS. EN02

Eu acho que é positivo porque tem hora que se faz particular, a gente não sabe, que tá ali, acompanhando. Se o paciente está fazendo mesmo o tratamento. Igual, assim, são seis meses, mas a gente não entrega os seis meses. Todo mês tem que estar vendo, a gente está acompanhando. Então é uma maneira da gente está vendo se está fazendo mesmo o tratamento. TE02

Gemal (2011) afirma que essa especificidade do tratamento da tuberculose concentrada no setor público, as medidas de controle na dispensação dos medicamentos e o uso da rifampicina sempre em dose fixa combinada com a isoniazida contribuíram de maneira significativa para manter baixa a resistência das cepas de *M. tuberculosis* aos fármacos antituberculose no Brasil, se comparada a outros países que possuem diferentes formas de tratamento.

Distintamente do Brasil, na maioria dos demais países existe um mercado privado para a tuberculose, tanto na produção e distribuição do medicamento quanto no manejo clínico, sendo que este não é, em geral, padronizado. Ressalta-se que não havendo a padronização do tratamento, há uma oferta de produtos em diferentes apresentações e concentrações no mercado. Em alguns países, mais de 80 diferentes regimes de tratamentos são aplicados e em algumas situações, até 89% destes são considerados inadequados. Esta situação é extremamente grave do ponto de vista da saúde pública (GEMAL, 2011).

Assim, a OMS, juntamente com as autoridades regulatórias de diversos países, vem buscando organizar diversas iniciativas para ampliar o acesso a tratamentos de qualidade e dentro dos regimes recomendados internacionalmente. Essa orientação é a seguida pelas

instituições parceiras da OMS na tuberculose, que atua principalmente no financiamento de medicamentos para os países com poucos recursos (GEMAL, 2011).

O tratamento padronizado da tuberculose ao ser custeado pelo Governo pode ser considerado como aspecto facilitador ao processo de adesão terapêutica do paciente (SILVA *et al*, 2007). Um profissional entrevistado destaca como é relevante a disponibilidade e fornecimento gratuito dos medicamentos.

Como que uma pessoa dessa ia pagar um tratamento. Se ele não tivesse recebendo esse medicamento de graça, eu acho que assim, pela minha experiência ele já tinha parado e já tinha acontecido coisa ruim com ele. Porque ele não tem condição. ACS02

No entanto, o índice de "alta por abandono" não tem sido reduzido indicando que o fornecimento gratuito do medicamento, por si só, não garante a adesão ao tratamento e que outras questões são mais relevantes para a decisão dos doentes (DALCOLMO, 2000).

A análise das entrevistas mostra que o controle da venda de medicamentos pode ser compreendido de distintas formas, pois pode significar uma ação positiva do Estado para contribuir com a adesão do doente ao tratamento, mas também evidencia o monitoramento do Estado, ao promover a vigilância das pessoas portadoras de tuberculose.

A análise dos dados indica que os profissionais de saúde compreendem que o tempo de tratamento da tuberculose é longo e não tão simples de ser corretamente seguido:

Eu acho que é um tratamento muito longo e que às vezes as pessoas têm dificuldade de continuar. ACS01

O tratamento da tuberculose é um tratamento extenso. EN01

De acordo com o Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil (2011), a condição básica para o sucesso do tratamento é a adesão do paciente, para tanto se torna necessário que haja uma relação entre o serviço e o usuário com escuta qualificada dos anseios dos que buscam a unidade de saúde e informação adequada. Os

profissionais compreendem que é preciso dar o apoio necessário que facilite a aproximação e o vínculo dos doentes com os serviços de saúde, de modo que o tratamento possa ser iniciado e seguido com regularidade, com a reprodução dos princípios fundamentais da política pública. Enfatizando as orientações, principalmente àquelas relacionadas com as consequências do abandono de tratamento

Conscientização, informação, na busca ativa, na conversa informal com esse paciente sobre os riscos do adoecimento e as consequências do paciente que não trata. A tuberculose tem cura, mas quando não tratada a gente também tem casos de óbito. EN02

Se tiver o interesse da ACS de ter aquele contato e tentar convencer aquela pessoa de ter aquele interesse de que a pessoa tem que tratar. Com certeza esse vínculo será muito bom. A pessoa vai ter aquela força, que tem alguém que quer que a pessoa melhore. ACS01

O abandono do tratamento da tuberculose é um importante desafio no campo da Saúde Coletiva. Os motivos relacionados ao evento são complexos e diversificados. Nesta pesquisa, foram identificados, de acordo com os profissionais, os seguintes fatores associados ao abandono do tratamento: o utilismo, o tabagismo e uso de drogas ilícitas, a regressão dos sintomas no início da terapêutica, o longo tempo de tratamento, efeitos adversos e a resistência do paciente.

O álcool mesmo principalmente. A maioria dessas pessoas tem o vício do álcool. Se for para eles pararem de beber e tomarem os medicamentos, eu acho que eles sentem aquela falta do álcool. ACS01

Tem a questão do álcool, da própria resistência, das drogas, para mim são as piores. EN01

Eu acho que fica associado à bebida, entendeu? Que às vezes a pessoa gosta de beber e não pode beber por causa da medicação e para a medicação para tomar a bebida alcoólica. TE01

Então não quer mais tomar. Aí fica com raiva, aí acha que aquilo está fazendo mal, que o tratamento não termina mais. Então acaba parando. ACS02

O uso de bebidas alcoólicas foi frequentemente evidenciado pelos profissionais de saúde entrevistados como fator associado ao abandono de tratamento. Isso se deve porque muitas das pessoas com tuberculose que abandonam o tratamento têm características como a dependência a drogas e o alcoolismo. Estes pacientes voltam ao centro de saúde, somente quando se sentem mal, são muito irregulares na tomada diária de medicamentos, assim não concluem a medicação, e tornam-se pacientes, muitas vezes, com tuberculose multirresistente (CHIRINOS, 2013).

A relação entre alcoolismo crônico e tuberculose pulmonar aparece em estudos nos quais se estabelece a alta frequência de alcoolismo entre pacientes com a doença ou a alta prevalência de tuberculose entre pacientes alcoolistas (CAPUANO, 2003). Em um estudo realizado com pacientes com tuberculose inscritos em um serviço de saúde do município de Ribeirão Preto, avaliou-se o tempo de tratamento da doença, sendo verificado que 77,7% dos alcoolistas apresentavam tempo de tratamento superior a seis meses, e dos não-alcoolistas, essa parcela representava 56,5% (ANDRADE, VILLA e PILLON, 2005). Assim, o alcoolismo implica em um tempo maior para conclusão do tratamento e, às vezes, a indicação de esquemas terapêuticos mais prolongados em casos de resistência às drogas.

Segundo Rocha e Adorno (2012), as pessoas que apresentam este hábito em seus modos de vida são percebidas nos serviços como problemáticos e predispostos a descontinuarem o tratamento, assim, o caso já se torna automaticamente “complicado”. Conforme é evidenciado na fala:

Muitas vezes é por causa do alcoolismo. As pessoas que mais dão trabalho para a gente são os alcoolistas. É um tratamento prolongado. TE02

Outro importante fator associado à descontinuidade do tratamento é a regressão dos sintomas no início da terapêutica. O risco de abandono do tratamento da tuberculose é elevado ao final do

primeiro mês e início do segundo, pois os doentes, estando assintomáticos e com bom estado geral em consequência da eficácia farmacológica, podem acreditar que estão livres da doença e interromper a tomada da medicação antituberculosa (SÁ, 2007). Como se pode observar na narração a seguir

[...] a gente encontra o abandono influenciado às vezes por pessoas alheias ao tratamento ou a situação do paciente interfere de forma negativa. Dizendo pra ele que ele não tem nenhum sinal clássico da doença. Temos interferência por sinais, pela clínica do paciente que melhora consideravelmente. EN02

O cotidiano da assistência é vivido pelos profissionais permeado por atividades de diagnóstico, investigação, tratamento, acompanhamento e controle da tuberculose, por meio de diversos formulários. A assistência é geralmente restritiva, com imposições médicas e regras de cuidados, impregnada pelo discurso da técnica, fugindo daquilo que é essencial ao cuidado: compreender o significado da doença de quem a possui. (SÁ, 2007)

Assim, depara-se com uma assistência impessoal, que se antecipa ao outro e não lhe favorece a liberdade. Em que a doença é privilegiada em detrimento da pessoa doente, enxergando as vantagens do tratamento que elimina a doença, mas se esquece da pessoa, com tudo que ela traz previamente: sua constituição biológica, social, cultural e familiar.

4. A TUBERCULOSE TEM HISTÓRIA: VIVÊNCIAS DO ADOECER E DO TRATAMENTO

Quando era mais nova eu a senti, a pneumonia, que eles falaram que eu estava era com tuberculose. Eu já era casada, já tinha filho e tudo. Aí a mulher que era patroa de meu marido falou com ele que separasse as vasilhas, pois eu estava com tuberculose. Que não tinha outra doença não. Era tuberculose. Aí eles me trouxeram para aqui, dois dias eu fiquei internada. O doutor falou que quando dava três vezes que atacava. Aí depois dessa época ele passou várias injeções, eu tomei um tanto de injeção, comprimido e tudo. Mas não senti mais nada não. O que eu sentia era uma dor no estômago, que não podia comer nada. Era só leite que eu tomava. Aí depois eu fui a Belo Horizonte, graças a Deus, não senti mais nada. Já está com uns oito anos. C6

No ano de 2013, foram notificados dezesseis casos de tuberculose no município de Araçuaí. Sendo que foram doze casos novos, três recidivas e um caso de reingresso após abandono. O único caso de reingresso após abandono é de um participante deste estudo que foi identificado com o nome fictício de José. Além de ser portador de tuberculose, ele é contato de outras pessoas que também possuem a patologia. Ele tem trinta e oito anos, é natural de Araçuaí, solteiro, servente de pedreiro. Há mais de dois anos, foi diagnosticado com tuberculose pulmonar. Quando adoeceu, estava trabalhando fora da cidade e acredita que adquiriu a tuberculose a partir de uma complicação da pneumonia.

Que no caso eu trabalhava fora, né. Eu senti aquela pneumonia. Eu acho que foi da pneumonia que eu a peguei. Eu também mexo com muita poeira, com essas coisas, né. Ajuda, prejudica um pouco.

José mora em uma casa simples, em uma rua sem calçamento e sem rede de esgoto, na periferia da cidade. Um fato foi instigante ao chegar para entrevistá-lo. José, apesar das recomendações da agente comunitária de saúde, de manter a casa sempre arejada pelo risco de

transmissão da tuberculose, estava dentro de casa com sua mãe, com as portas e janelas fechadas. A entrevista foi gravada na sala de sua residência, na qual mora com dois filhos, sua mãe, o pai e dois sobrinhos.

José realizou o tratamento por três vezes. Em fevereiro de 2014 reiniciou o tratamento, sendo realizado o teste de sensibilidade e constatado resistência à isoniazida, medicamento do esquema básico. Para os profissionais de saúde, o tratamento de José foi difícil de ser realizado, assim eles relataram as dificuldades encontradas

Então ele teve que entrar com um tratamento com medicação injetável intramuscular por dois meses e eram muitas drogas que ele tomava e teve resistência de algumas drogas. Então ele teve que fazer uso por dois meses da rifampicina 300 mg/ 2 comprimidos; pirazinamida de 500 mg/ 3 comprimidos; etambutol 400 mg/ 3 comprimidos e a injetável estreptomicina IM, um grama, uma ampola diária. Então é um tratamento doloroso, ele tem que ter um suporte nutricional muito grande, porque ele estava muito debilitado. EN01

O esquema especial que nós já optamos aqui está associado com injetável que é estreptomicina. A desvantagem para o paciente em relação ao esquema especial seria ele fazer o tratamento todo dia, todos os dias no serviço de referência, unidade do PSF e receber o injetável todos os dias. Sendo que nos dois primeiros meses seria oral associado ao injetável, então tem descompensação aí. EN02

O processo da resistência na tuberculose é particularmente grave para os pacientes que receberam tratamento prévio sem sucesso. Em muitos deles, as lesões avançam por recidivas e tratamentos insuficientes, favorecendo o aparecimento de bacilos resistentes a uma ou mais drogas (RASTOGI e DAVID, 1993).

Tanto o esquema especial quanto o esquema básico trazem prejuízos ao paciente, a ingestão diária de comprimidos, efeitos adversos da medicação, dores no local da aplicação da injeção, entre outros. A tuberculose, sendo uma doença crônica e debilitante, exige um tempo prolongado de tratamento e pode representar para o doente um obstáculo

ao desempenho do trabalho. A doença determina rupturas ou modificações importantes no cotidiano da produção e reprodução social (VENDRAMINI *et al*, 2002).

Eu parei porque eu estava trabalhando e tinha hora que não dava pra eu pode ir, né. Eu peguei e parei.

José retornou ao tratamento após o ressurgimento dos sintomas, incluindo tosse persistente e emagrecimento. Para Oliveira e Moreira Filho (2000), o reingresso do paciente com tuberculose pode ocorrer após ter abandonado previamente, estar reiniciando ou completando esquema terapêutico, ou já ter realizado tratamento anterior, recebido alta por cura e estar retornando por recidiva da doença.

Mas já tinha acabado, completado. Ai voltou de novo. Agora eu tomei dois meses de injeção e o resto de comprimidos. Foram 60 injeções e 840 comprimidos.

O tratamento da tuberculose traz exigências aos pacientes que muitas vezes não são percebidas pelos profissionais. Assim, o paciente mantém em suas lembranças a quantidade de comprimidos e o ônus do tratamento, tendo em vista que o tratamento muitas vezes não vem acompanhado do sucesso. José mostra-se inconformado, pois mesmo seguindo o tratamento, é acometido novamente pela tuberculose

Agora eu desanimei porque voltou de novo. Não sei por quê. Porque eu tomei os medicamentos. Eu fiz tudo certinho.

Esse relato evidencia um sentimento de decepção, na medida em que mesmo buscando seguir comportamentos disciplinados, impostos pela sociedade, o organismo pode voltar a ser acometido por esta doença, como é o caso deste entrevistado.

O caso de José reflete a situação de muitas famílias em que há mais de uma pessoa com tuberculose na mesma casa, pois além dele, um dos filhos e a sua mãe possuem tuberculose. Situação em que o portador de tuberculose antes de seguir o tratamento ou após recusa deste, transmite aos seus contatos esta doença.

Os depoimentos de José aqui apresentados, a respeito da singularidade do caso, revelam a forma como é percebida e como

desenvolveu a doença em sua vida. A rotina da ingestão de medicamentos, a tosse persistente, o emagrecimento, o abandono do serviço, a luta contra o alcoolismo.

Os profissionais de saúde muitas vezes não compreendem a vivência dos doentes e seus familiares e as dificuldades do tratamento, bem como, a liberdade de escolha em não se tratar diante das exigências do tratamento para o doente. Conforme Reiners *et al* (2008), os profissionais abordam o processo saúde-doença apenas sob suas perspectivas, ignorando as do paciente.

Para que sejam analisados os conflitos da recusa do tratamento sob a perspectiva da liberdade de escolha do indivíduo, torna-se necessário dar voz aos sujeitos envolvidos, no intuito de compreender os saberes e práticas daqueles que convivem com o portador de tuberculose, ressaltando suas experiências e o significado da doença. Assim, nesta pesquisa foram entrevistadas a mãe e uma vizinha de José, sendo a última, a única vizinha que sabe que o mesmo é portador de tuberculose. Os outros contatos não foram entrevistados por serem crianças e o pai de José não estar disponível para a entrevista.

Por ser um evento que ameaça ou modifica a vida individual, a inserção social e, por conseguinte, o equilíbrio coletivo, a doença concebe sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua. “O sujeito, sua experiência, o sentido que ele mesmo dá à sua ação tornou-se objeto de estudo de máxima legitimidade” (HERZLICH, 2005, p. 64).

Segundo Alves e Rabelo (1999), a experiência da doença é entendida como a “forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação” (ALVES e RABELO, 1999, p.171). Eles apontam, ainda, que “as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores” (ALVES e RABELO, 1999, p.171).

Assim, para que se possa compreender a vivência com a tuberculose torna-se necessário conhecer como essa doença é percebida tanto pelo portador da tuberculose quanto pelas pessoas que convivem com o mesmo. Pessoas que adquiriram a tuberculose por meio de um familiar.

A tuberculose tem que ser uma doença vista especialmente porque é grave, pode levar ao óbito se não ocorrer o tratamento certo. E tem que ter

todo um procedimento. Ajudar a pessoa que tiver com o agravo. É isso, bem por aí. C1

As pessoas têm medo, se afastam pelo fato de que quando a pessoa tem a doença, ele não vai chegar para você e falar. C3

A tuberculose é uma doença muito forte, atacada. Eu mesmo quando adoeci estava pesando 80 quilos, aí como eu fiquei sem apetite pra comer, eu fui emagrecendo, emagrecendo, com dor no peito, sabe? Aquela falta de apetite, aquela dor assim, no peito, eu acho que era de fraqueza, né, porque não estava comendo. Fazia um soro pra tomar, estava passando mais era com soro. Aquele soro que eu tomava já satisfazia. Eu fui emagrecendo, emagrecendo, emagrecendo, aí foi indo que eu não estava aguentando mais. Estava dando umas dores, essa dor assim, da morte. Dói muito. Muita dor, muito forte. Tossia. Depois que eu tomei os remédios, que acabou o tratamento, eu ainda tusso. C7

A análise das entrevistas evidenciou que a tuberculose é percebida pelos sintomas que apresenta. O emagrecimento constante é um dos sinais que mais chama a atenção dos participantes, estando associado à perda de apetite, cansaço, falta de ânimo. A febre e a tosse incontrolável acompanhada das dores passam a serem sintomas que requerem investigação.

Febre, muita febre. Dava uma febre grande demais, era uma febre atrás da outra. A febre roendo por dentro. Porque a febre não saía, era só por dentro. É isso que é a tuberculose. Você começou tossir, você pode saber que é ela. C2

Tossindo e eu achando que era gripe. Não fui ao médico não. Quando eu fui ao médico eu já tava ruim já. C5

Não eu não tossia, eu não sentia nada. Sentia uma dor nas costas. C8

Observa-se nas falas dos entrevistados que o conhecimento em relação à tuberculose está permeado de informações errôneas a respeito ao ciclo biológico. Com os mesmos não sabendo ao certo como a tuberculose é transmitida. Assim, o esclarecimento da discussão e disseminação sobre as formas de contágio da tuberculose através dos meios de comunicação empregados pelo Ministério da Saúde parecem não ter a eficiência esperada.

É na comida, o resto que deixar sem comer. O café tomar no mesmo copo e dormir junto. Porque aquela febre da doença aquilo pega e passa pra gente. C2

Eu não sei. C4

Não sei se é o cigarro que eu fumava. Não sei o que era. Se foi alguma pessoa. Eu parei, mas depois eu tornei fumar. C7

O tratamento é assumido pelo contato quando adquire a doença como garantia da cura, uma necessidade imperiosa, sem alternativa, evidenciando a sua submissão a uma situação que somente a terapêutica é capaz de mudar (VENDRAMINI *et al*, 2002).

Melhor é saúde, né. C7

Ninguém imagina que era isso. Tomou um tanto de remédio, né. Meu estômago já estava doendo de tanto tomar remédio. Eram quatro comprimidos. C8

José falou assim: “Que eu estou tentando fazer um tratamento de uma doença, sei que ela vai me matar se eu não fizer o tratamento”. C3

Para os contatos, seguir o tratamento conforme orientado pelo profissional de saúde é quase sempre uma tarefa difícil e não se resume em apenas aceitar sua prescrição. Os doentes passam e expressam dificuldades, mas o consideram imprescindível para a cura

Os remédios são bons. É só dar e sarar. C2

Quando ela tava tomando dava certo. C4

Como eu disse é importante, porque tem casos que não quer se tratar e acaba transmitindo pra outras pessoas. Então tem que ter o tratamento. C1

É bom. Chega certinho. Eu tomava até no PSF. C5

A presença de pessoas que possam compartilhar com o doente, tanto o enfrentamento da doença quanto as dificuldades inerentes ao tratamento medicamentoso, torna-se fator importante e decisivo para adesão ao tratamento (VENDRAMINI *et al*, 2002). Os contatos relataram a experiência de cuidar de um familiar com tuberculose

Ele ficou doente, ficou doente. Zé você está com problema de pulmão e Zé: “Eu não estou não”. É pulmão, vamos tratar? Aí eu insisti com ele, fui insistindo, até que ele foi comigo. Aí ele foi devagarzinho, sentava, levantava, sentava, levantava, até que nós chegamos ao hospital. Aí quando nós chegamos lá, entramos pra consultar, eu entrei com ele e contei o médico o caso. Ele falou assim: “Vamos ver se é isso mesmo. Vamos fazer uma chapa”. Fez a chapa e deu nos dois. Tava com problema de pulmão. Aí vamos passar os remédios pra ele. Eu fui ao posto, peguei os remédios pra ele para sessenta dias. Eram cinco remédios. Ai esses remédios eu trouxe para dá-lo. Fui dando os remédios pra ele, fui dando para ele o leite, bife de fígado mal passado. Só coisa forte, ovo quente, fui dando, com dois meses o homem nem parecia que estava doente. C2

Mesmo quando a pessoa com tuberculose manifesta desejo de interromper o tratamento, esse pode não se concretizar em virtude do estímulo dos familiares (VENDRAMINI *et al*, 2002). A relevância de um suporte se encontra demonstrada na fala a seguir:

Recusa tomar o remédio, se não tiver em cima não toma. Então ele foi bem difícil pra começar o tratamento. Começou fazer, depois parou, teve que voltar de novo, até que não teve jeito. C1

Neste estudo, foram encontrados diversos discursos em relação à realização do tratamento da tuberculose. Sendo que alguns contatos relataram a dificuldade do familiar em seguir o tratamento, sendo o álcool o principal fator associado ao abandono.

Meu avô começou a fazer o tratamento, tomava o remédio e álcool em cima. Não tomava direito, aí a doença só agravou mais. Eu via a situação, era bem complicada. C1

Toma não. Ele parou de beber no máximo, no máximo, dois meses e olhe se lá, o resto não. E ele parou de beber assim, quando ele tava tomado as injeção que eu ficava fazendo ele medo. E se ele bebesse, ele morria, porque a injeção era forte. Aí por isso que ele não tava, depois que ele voltou tomar os comprimidos, ele bebeu. C3

Ainda, foram encontrados discursos dos contatos em que portadores de tuberculose seguiram o tratamento sem dificuldades.

Tratou. Tomou os remédios, tornou fazer o exame de novo, aí disse que não tinha mais nada não. Minha filha usava a máscara. C4

Não, eu não sentia nada. Eu tomava normal. C7

A assistência ao portador de tuberculose é marcada por situações em que o paciente inicia e posteriormente abandona o tratamento, ou outras em que completa o esquema e tem alta por cura sem intercorrências, mas também são frequentes os casos também em que há a dificuldade em aceitar o processo de adoecimento. Situações em que os profissionais de saúde lidam com a pessoa que não reconhece que é portador de tuberculose, recusando o tratamento, ao negar sua condição. Esses sentimentos e conflitos são experienciados pelos profissionais de saúde principalmente no momento do diagnóstico.

Que a mãe dele não faz acompanhamento nenhum, ela fala que ela não tem isso não. Mas não é provado que ela não tem. C3

Porque como eu disse, nem todo mundo às vezes acredita que tem essa doença. Meu avô principalmente foi assim. C1

A recusa do tratamento pode ser visto de diversas formas, como falta de responsabilidade ou compromisso do paciente, mas também pode ser entendida como uma liberdade de escolha baseada em múltiplas justificativas da pessoa em querer ou não se tratar. No entanto, enquanto a recusa do tratamento para doenças não infecciosas implica em riscos apenas individuais, a recusa do tratamento da tuberculose traz consequências mais amplas, considerando que a tuberculose pulmonar é uma doença transmissível por via aérea e a pessoa quando não adere ao tratamento pode transmiti-la a seus contatos, colocando em risco a saúde do outro.

5. SABERES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À DESCONTINUIDADE DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR

5.1. Reconhecendo os riscos da tuberculose para o indivíduo e para a saúde pública

Igual nós tivemos um caso em determinada zona rural em que paciente alcoólatra, não fazia o tratamento direito e tinha vários amigos de boteco. Eu que uns quatro amigos adquiriram, então não faz tratamento, abandona, põe em risco a população. TE02

De acordo com Luiz e Cohn (2006), o risco é um termo recente e essencialmente moderno, refletindo a reorientação das relações das pessoas com eventos futuros. A incorporação da noção de risco foi fruto de transformações sociais e tecnológicas. Antes implicando em fatalidade, agora o risco é ressignificado em controle possível.

Na área da saúde, alguns estudos sobre risco concentram o enfoque na epidemiologia. Considerando, risco epidemiológico como “a probabilidade de ocorrência de um determinado evento relacionado à saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado recente” (LUIZ e COHN, 2006, p. 2342).

A epidemiologia permite a quantificação da magnitude da relação exposição-doença nos seres humanos e, por conseguinte, a possibilidade de se alterar o risco por meio da intervenção. O conceito de risco é, portanto, usado em epidemiologia como uma forma de compreender e medir a probabilidade de ocorrência de agravos à saúde (CASTIEL *et al*, 2010, p. 38). O cálculo de risco está intrinsecamente relacionado à adequação e valorização da segurança (LUIZ e COHN, 2006).

A noção de risco tem sido central também no campo da tuberculose, posição que emerge da tradicional implicação da saúde no comportamento individual. Neste sentido, a concepção de risco assume pelo menos três dimensões: os riscos da tuberculose para a pessoa doente, os riscos da tuberculose para a pessoa doente que abandona o tratamento e os riscos da tuberculose que o doente representa para os indivíduos saudáveis. Considerando que, ao associar o controle da doença à capacidade do indivíduo doente para autogerenciar as medidas

terapêuticas prescritas, amplia-se a importância do comportamento pessoal na redução ou eliminação dos riscos envolvidos (ROSSETTO, 2013).

Alguns estudos evidenciam a tendência nas abordagens terapêuticas em tuberculose indicando que a maior carga de responsabilidade pela adesão e não adesão ao tratamento é efetivamente conferida ao usuário. Dessa forma, para os profissionais de saúde, o processo de adesão depende, em grande parte, do usuário, que precisa aceitar a proposição de que está sob risco e conseqüentemente assumir uma atitude de autocuidado (ROSSETTO, 2013).

O paciente. Porque hoje o paciente ele tem medicamento, tem médico, tem o técnico, tem enfermeira, o laboratório. A gente corre atrás.
TE02

O próprio paciente, né. Porque pelo fato do tratamento ser muito demorado, às vezes ele não liga mais. ACS02

Do paciente, não é do profissional. Porque a gente vai atrás mesmo. TE01

Desse modo, a adesão ao tratamento da tuberculose torna-se um empreendimento individual, executado por pessoas conscientes do risco, enquanto que o abandono da terapêutica é considerado um ato de irresponsabilidade da pessoa doente (ROSSETTO, 2013).

A pessoa tem que ter a sua responsabilidade. Já que ela está assim com aquela doença, ela tem que ter responsabilidade de tomar os medicamentos para se tratar, para melhorar, né?
ACS01

Muito triste, porque a pessoa não tem aquele compromisso, né, de estar tratando. Não preocupa com a saúde, coloca a saúde das outras pessoas também em risco. Porque não trata.
TE02

Com isso fatores, grupos, comportamentos ou situações de risco são listados em discursos com a finalidade de prevenir ou controlar a

doença, deixando sob a responsabilidade do indivíduo a adequada adoção de comportamentos protetores a sua saúde (ROSSETTO, 2013).

Todo mundo tem, né? Assim, logo eu não estava tomando cuidado nenhum. Porque ele já estava curado. E só pelo fato que ele estava tomando remédio, eu já não tinha esse risco. Como voltou de novo, a enfermeira já tinha me comunicado que eu teria que usar a máscara. Porque como que eu vou lá. ACS02

No entanto, esse modo de tratar as questões de saúde tem sido alvo de críticas. Essas críticas apoiam-se na generalização de previsões epidemiológicas baseadas em processos quantitativos, com grande precisão, mas que se distanciam, todavia, de outros aspectos fundamentais para pensar saúde, que são “a subjetividade, a significação, a interação e a dinamicidade” (AYRES, 2002, p.15).

Desta forma, a epidemiologia enquanto campo de conhecimentos necessários para o âmbito de análises e intervenções sanitárias, também se articula às contínuas mudanças na sociedade. No entanto está longe de ser suficiente, diante da complexa dinâmica entre a situação de saúde das pessoas e populações e as aceleradas mudanças socioculturais e subjetivas (CASTIEL *et al*, 2010).

Os aspectos subjetivos são essenciais para a compreensão do processo de saúde, pois possibilitam o entendimento das distintas respostas individuais frente aos riscos aos quais os indivíduos estão expostos. Não somente as mensurações numéricas de forma isolada devem ser questionadas, mas também como as pessoas, de acordo com seu contexto social e cultural, poderão perceber os riscos para o desenvolvimento de uma doença (ROSSETTO, 2013).

O portador de tuberculose ao ter a liberdade individual de escolher em seguir ou não o tratamento corretamente e opta por não ingerir os medicamentos prescritos, indispensáveis para seu tratamento, compromete a sua saúde, bem como, a de terceiros. Os profissionais ressaltaram a importância de seguir o tratamento corretamente.

O indivíduo que se propõe a tratar da tuberculose, ele primeiramente faz uma situação de relevância consigo mesmo e pensando ser uma doença de notificação compulsória, hoje a gente pretende que o paciente encare a situação como sendo dele, da família e da sociedade. EN02

É muito importante, como eu te falei, pra vida dele e pra população. Quem convive com ele principalmente. ACS02

A irregularidade do tratamento leva à resistência medicamentosa e à recidiva da doença, impondo dificuldades ao processo de cura e aumentando o tempo e o custo do tratamento, com o retorno dos sinais e sintomas, situação em que o paciente pode ficar muito debilitado (MENDES e FENSTERSEIFER, 2004).

Se chegar a tempo dele receber essa medicação, se não for a óbito. Porque o paciente fica muito debilitado, perda de peso acentuada, não consegue dormir, tosse, tosse. EN01

Assim, o aporte nutricional ao portador de tuberculose, é fato extremamente relevante para o tratamento. Um cuidado especial com a alimentação nutritiva torna-se necessário para se preservar a imunidade do paciente (SILVA *et al*, 2007).

Então é um tratamento doloroso né, tem que ter um suporte nutricional muito grande, senão o paciente fica muito debilitado. EN01

O abandono de tratamento tem sido frequentemente descrito como importante fator que favorece o aparecimento de bacilos multirresistentes, e maior obstáculo para o controle e eliminação da doença no campo da saúde pública (ROCHA e ADORNO, 2012).

As consequências é como eu falei, porque é uma fonte de infecção. Então só abandonando, abandonando, e a medicação vai criando resistência, daqui a pouco qual medicação vai entrar? EN01

A recusa e o abandono de tratamento centram-se no fato de que, o portador de tuberculose que não adere à terapêutica, continua doente, e permanece como fonte de contágio (MENDES e FENSTERSEIFER, 2004). Além disso, o abandono de tratamento de doença transmissível indica que a população está sob risco e pode representar ameaças à saúde

O que acontece, quando a pessoa abandona o tratamento é muito risco para a população, entendeu? Porque pode está assim passando para outra pessoa, está espalhando. TE01

A gente pode ter uma população aí vulnerável para adoecer. Então a transmissibilidade principalmente daquele contexto familiar ou daquela aglomeração de pessoas mais próximo daquele indivíduo. A gente pode ter essa população comprometida. EN02

Que a doença vai se disseminando, né. TE02

As pessoas que têm contato com aquelas pessoas pode pegar esse tipo de doença. ACS01

Terrível, né? Todas as pessoas que tiverem contato é um risco para pegarem a tuberculose. Tuberculose mata. ACS02

Considerando todas essas implicações para a população em relação à recusa do tratamento, estratégias diferenciadas são adotadas, visto que os pacientes colocam em risco a saúde dos seus contatos e da sociedade pela transmissão desses bacilos, que poderão causar uma doença que pode ser incurável, até que novos medicamentos sejam disponibilizados (BRASIL, 2011). Os profissionais ressaltaram as orientações para diminuir os riscos de transmissibilidade

Em casa a gente recomenda, olha você tem família, tem filhos, então é importante que você utilize para preservar essas pessoas, até que o exame dê negativo. Com a exposição, por exemplo, de dormir muito próximo, vamos deixar portas e janelas abertas e ventiladas, evite dormir em ambientes que você comprometa principalmente idoso, crianças e outras pessoas. Então são orientações. Já também comentando que é desnecessário, né, que hoje a gente afaste toalhas, roupas de talheres, copos, porque a tuberculose não se transmite dessa forma. Transmite por via aérea, contato íntimo e

prolongado, dormir e permanecer com essa pessoa neste ambiente. EN02

Em um estudo Barroso *et al* (2004), concluiu que a chance de desenvolvimento de tuberculose multirresistente em famílias com abandono de tratamento da tuberculose ou tuberculose multirresistente é cerca de quatro vezes maior que a chance em famílias sem esses fatores de risco. Assim é possível concluir que a existência de abandono de tratamento da tuberculose e tuberculose multirresistente na família são fatores de risco e, portanto, constituem problemas de saúde pública.

Para os doentes, seguir o tratamento conforme orientado pelo profissional é quase sempre uma tarefa difícil. Os doentes expressam dificuldades como desconforto digestivo, náuseas, vômitos, fazendo com que estes abandonem o tratamento.

Eu tomei quatrocentos comprimidos. Mas me pegou fazendo mal, tinha hora que eu não enxergava nada, uma náusea. Aí no dia que eu vomitei preto, se o menino não tivesse, eu tinha morrido. Aí agora eu cismeio que eu não tomava mais os remédios. C6

A doença desperta uma série de sentimentos durante o período que vai do diagnóstico, passando pelo tratamento até a cura. Normalmente são sentimentos diretamente relacionados às repercussões da enfermidade sobre as relações do indivíduo. Não referindo, apenas à vivência da doença, como um processo individual, mas do fato de que a enfermidade pode vir a determinar diversas rupturas (VENDRAMINI *et al*, 2002).

Ele viu que eu comecei ir atrás dele pelo fato do problema, ele praticamente assim, se afastou um pouco. E aí perguntou, se nós não íamos tratar ele com certa diferença. Aí meu marido perguntou pra ele: “Por quê?”. Foi aí que ele contou, que nem fui eu que contei para o meu marido, foi ele que contou. Ele falou assim: “Porque eu estou tentando fazer um tratamento de uma doença, sei que ela vai me matar se eu não fizer o tratamento, só que eu não consigo, porque eu bebo demais”. C3

Em relação à repercussão do diagnóstico da tuberculose na vida das pessoas, algumas disseram que continuou “normal”. Entretanto, para a maioria, a tuberculose promoveu mudanças tanto na forma de posicionar-se diante do processo saúde-doença, como no que se refere ao relacionamento com os outros e com o próprio cotidiano. Tais mudanças ora se apresentam positivas como parar de fumar e consumir álcool, ora negativas como isolar-se dos amigos.

Mas só que meu pai depois disso, meu pai não fumou mais. Parou de fumar. C7

A pessoa vai enfraquecendo, isso que dá a tuberculose. Fraqueza. Agora ele parou de beber. C2

Aí fica difícil de você ter aquela amizade e a doença. C3

A análise dos depoimentos evidenciou que a tuberculose permanece impregnada de estigmatização, o que pode ser visto pela própria forma como os participantes do estudo se remetem a doença: “doença ruim”, ou pelo afastamento de amigos ou devido às atitudes de vizinhos, entre outros. O sofrimento não se limita ao processo clínico, mas também pela vivência do preconceito e rejeição.

Assim, os contatos que adquiriram tuberculose revelaram que mantêm o sigilo em relação a um diagnóstico positivo para tuberculose, assumindo deliberadamente a ocultação da condição de portador da doença, pelo temor de serem rejeitados.

Não. É bom ninguém ficar sabendo. C5

Ela arrumou essa tuberculose, mas não falou nada com ninguém não. Foi a enfermeira que veio e nós não sabíamos não. C4

Não a vizinhança não sabia que era tuberculose, como ele falava era doença ruim. C1

Não, eu não saía de casa. C7

Evitam muito, porque às vezes ela não quer ficar isolada de ninguém. Como eu falo porque têm aquelas pessoas que isolam dela. C1

Partindo do questionamento, para quem a tuberculose pode representar um risco, as entrevistas revelaram que para os contatos intradomiciliares, a tuberculose é uma doença que tem cura e não se sentiram ameaçados ao conviver com a pessoa com tuberculose.

Como ela era a única filha que morava próximo, então ela não tinha medo de adquirir, ela ficava em cima. C1

Tem não. Porque a tuberculose hoje em dia tem tratamento. O que não tem tratamento hoje é AIDS, Ave Maria, câncer. Tuberculose, não. A pessoa tomou o remédio acabou. C2

Não, até que eu não tinha medo de pegar. C4

Eu não tenho medo não. Quem manda no mundo é Deus. C6

Não tinha cisma não. C8

Nos relatos dos contatos entrevistados, foram evidenciadas as orientações médicas, sobre a transmissão da doença, sendo desnecessária a separação de utensílios domésticos, como mostra os depoimentos a seguir:

Dessa vez não precisou separar não. C8

Só que não teve necessidade de separar as coisas, porque ele estava começando, eu acho que nem mancha direito deu. O médico falou que não precisa separar as vasilhas, não tinha que ter medo, que não pegava não. Porque deu a injeção e isolou. C2

Desde quando começa o tratamento, não tem essa necessidade, não. Quem tiver de infectar, antes de saber já está infectado com a doença. C3

No entanto, entre os profissionais e a vizinhança o risco de transmissão é percebido e o temor de contágio é constante. Essa situação demonstra a necessidade de um trabalho conjunto entre comunidade e o

profissional de saúde, no que se refere às orientações sobre a disseminação da tuberculose.

Quando o paciente deu entrada no serviço ele tá vindo de uma unidade de atenção primária. Nós já tínhamos encaminhado ao serviço, BAAR positivo, tratar tuberculose. Então esse paciente já chega ao serviço e quem está trazendo é o profissional da portaria ou o agente, a gente já vê a distância que esse paciente fica dessa pessoa, dessa referência. EN02

Agora aqui não, se o funcionário vê que a pessoa está tossindo demais. Ele já fica meio receoso. TE02

Os profissionais relataram que mantêm o sigilo profissional diante do diagnóstico de tuberculose, visando evitar a estigmatização do doente na comunidade. Somente em casos em que o paciente abandona o tratamento, as pessoas expostas ao risco são informadas sobre o caso.

Na comunidade o medo não é tanto, porque só se o paciente chegar e falar: “Eu estou com tuberculose”. TE02

Nesse contexto, é possível identificar um conflito entre o direito individual à liberdade da pessoa em recusar um tratamento, tendo em vista as dificuldades do paciente em aderir a um tratamento longo e com eventos adversos, e o direito coletivo à saúde pela população que reconhece que está exposta a riscos. Por liberdade entende-se, conforme a significação própria da palavra, a ausência de impedimentos externos, impedimentos que muitas vezes tiram parte do poder que cada um tem de fazer o que quer (HOBBS, 1979).

Foucault considera que a população tem variação em sua organização, cabendo ao governo considerar os indivíduos e suas necessidades, bem como a produção do interesse coletivo, marcando assim a naturalidade da população. Assim, o Estado tem a função de exercer a regulação da vida das populações, o que exige do governante o conhecimento da população e a busca da sua segurança (FOUCAULT, 2008b).

O Estado, mais do que aplicador das leis, é produtor de congregação dos sujeitos sob sua jurisdição, não vislumbrando singularidades, mas os direitos que passam a envolvê-lo. A própria sociedade participa na indicação de práticas de governo para áreas que necessitem de vigilâncias da norma. A norma atua nos sujeitos de maneira fluida, capilar e fina. São pequenas produções cotidianas que vão sendo confirmadas pela família, pela escola e pelo trabalho, e operadas a partir de dispositivos normalizadores ou de um conjunto de forças diversificadas e finas (LOPES, 2012).

5.2. Tuberculose Pulmonar e Biopolítica: Gerenciando os conflitos relacionados à recusa do tratamento

Para Foucault, a partir do fim do século XVIII ocorreram transformações nas formas de gerir e organizar o poder. O poder de soberania, em que o direito de vida e de morte era um de seus atributos fundamentais, é completado por um novo modo de organizar as relações de poder. Pode-se afirmar que o velho direito de causar a morte ou deixar viver foi substituído por um poder exatamente inverso: poder de “fazer” viver e de “deixar” morrer (FOUCAULT, 1999, p. 130).

À velha mecânica do poder de soberania esquivavam-se muitas coisas, tanto no nível do detalhe e no nível da massa. Desta forma, nos séculos XVII e XVIII, deram-se acomodações sobre os mecanismos de poder, em duas formas principais. A primeira acomodação centrou-se no corpo como máquina, compreendendo todos aqueles procedimentos pelos quais se assegurava a distribuição espacial dos corpos individuais, tentando aumentar a força útil por meio do exercício e treinamento. A outra acomodação se formou um pouco mais tarde, durante a metade do século XVIII, uma tecnologia de poder que não exclui a técnica disciplinar, mas que a integra. Essa outra acomodação não se dirige ao homem-corpo, mas ao homem vivo. Centrou-se sobre os fenômenos globais, os fenômenos de população, com os processos biológicos ou biossociológicos das massas humanas (FOUCAULT, 2005, p. 298).

Enquanto a disciplina tenta reger a multiplicidade implicando em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados e utilizados, eventualmente punidos, a nova tecnologia que se instala dirige à multiplicidade dos sujeitos, na medida em que ela forma uma massa global, afetada por processos que são próprios da vida, como: nascimento, morte, produção da doença, entre outros (FOUCAULT, 2005).

As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. A velha potência da morte em que simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida. A era do biopoder (FOUCAULT, 1999, p. 131).

Uma consequência deste desenvolvimento do biopoder é a importância crescente assumida pela atuação da norma. “Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia do poder centrada na vida” (FOUCAULT, 1999, p. 135). Assim, conforme Foucault (2013), o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Sendo o corpo uma realidade biopolítica e a medicina, uma estratégia biopolítica.

O conceito de biopolítica tem possibilitado inúmeras reflexões aos mais diversos campos de estudo. Este conceito foi enunciado pela primeira vez por Foucault em “História da Sexualidade I: A Vontade de Saber” (FOUCAULT, 1999). Porém, o autor desenvolve suas implicações teórico-políticas em, “Em defesa da sociedade” (FOUCAULT, 2005), “Segurança, território e população” (FOUCAULT, 2008b) e no curso “Os Anormais” (1999) (CAPONI, 2012).

A biopolítica lida com a população como problema a um só tempo científico e político, biológico e como problema de poder (FOUCAULT, 2005, p. 293). Retirando seu saber e determinando o campo de intervenção de seu poder a partir da natalidade, da morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio (FOUCAULT, 2005, p. 292).

Nos mecanismos implantados pela biopolítica, serão tratadas previsões, estimativas estatísticas, medições globais, bem como de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais. Intervindo de modo a modificar e baixar a morbidade, encompridar a vida e estimular a natalidade (FOUCAULT, 2005).

A partir deste contexto de análise pode-se considerar que a vida não é considerada pela biopolítica em um sentido coloquial, ou vulgar. A medicina, a higiene e a saúde pública, ocupam um lugar de destaque nas sociedades modernas, que possibilita a articulação entre os saberes sobre o biológico e as intervenções governamentais sobre indivíduos e populações (CAPONI, 2012).

Enquanto o problema político da soberania era o da segurança do príncipe e do seu território, no governo das populações as circulações

são realizadas, mas de uma maneira tal que os perigos inerentes a essa circulação sejam anulados. Assim, não mais segurança do príncipe e do seu território, mas a segurança da população e, por conseguinte, dos que a governam (FOUCAULT, 2008b).

Desta forma, a razão de Estado tem na tecnologia de segurança sua centralidade, pois conduzir a vida requer assegurá-la, protegê-la, regulá-la, ordená-la e encaminhar tudo o que lhe for indispensável. Assim, as biopolíticas governam a vida das populações, por meio de um conjunto de conhecimentos, com práticas de governo niveladoras de todos perante a norma (FOUCAULT, 2008b).

Para Foucault (2008a), no liberalismo, as políticas sociais, incluindo as práticas de saúde, são conduzidas pelas biopolíticas e têm finalidades econômicas. Sendo fundamentadas na existência do Estado, o qual advogam condições de bem estar das pessoas e se articulam com a economia de mercado, sendo importantes no controle dos antagonismos sociais.

A governamentalidade, sustentada na normalização biopolítica, tem em programas incidentes sobre a saúde das pessoas um modo de governo da vida das populações, no qual tudo é governável. Nesses espaços, a conduta de cada sujeito é normatizada e conduzida com fins políticos. No entanto, ainda que seja o governo quem coloca o sujeito envolto no corpo social, o poder exige uma margem de liberdade para o seu exercício.

Para Foucault existem apenas práticas de liberdade, que não corresponde à liberdade irrestrita de um sujeito que se denomine e se constitua enquanto livre, mas a um conjunto de práticas possíveis dentro dos condicionantes sociais, nos quais há os outros sujeitos e os valores, em que a liberdade individual tem um papel importante (LOPES, 2012).

Além disso, prática de liberdade também não é sinônimo de assujeitamento, para Foucault (1995a, p. 244), o poder só se exerce sobre “sujeitos livres” enquanto “livres”, entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade, no qual diversas condutas, reações e modos de comportamento podem acontecer.

A prática de liberdade diz respeito ao modo com que o sujeito se relaciona com a sujeição, aceitando-a ou resistindo. A descontinuidade do tratamento da tuberculose representa uma resistência a uma norma e uma ruptura com a estratégia proposta para a sua cura. Assim, a tuberculose encontra-se permeada por estratégias biopolíticas para minimizar os riscos de adoecimento da população, tendo em vista que essa doença não é individual, mas sim social, que se propaga por via

aérea aos outros membros da sociedade, muitas vezes sem o seu conhecimento e consentimento, curável, desde que diagnosticada e tratada corretamente (SBBARRO, 1997).

Neste sentido, surge a possibilidade de resistência à objetivação pelas práticas e pelos discursos, por meio da transgressão. A transgressão não se dá como uma ação de liberdade diante do discurso, não no sentido de submeter-se ao poder, mas em ser diferente, procurando uma linha de fuga em relação ao enunciado presente na norma. Todavia, a liberdade de escolha acaba por implicar na responsabilidade do sujeito com os outros. Cabendo ao Estado a elaboração de novas estratégias para adesão do paciente à terapêutica, pois conforme Foucault:

O *êthos* também implica uma relação com os outros, já que o cuidado de si permite ocupar na cidade, na comunidade ou nas relações interindividuais o lugar conveniente, seja para exercer uma magistratura ou para manter relações de amizade. Além disso, o cuidado de si implica também a relação com o outro, uma vez que, para cuidar bem de si, é preciso as lições de um mestre (FOUCAULT, 2004, p. 271).

Desta forma, em caso de abandono de tratamento, o SUS pressupõe a hierarquização das ações de saúde com distribuição das competências pelas três esferas da administração pública que são: a federal, a estadual e a municipal. Sendo que estas correspondem, respectivamente, ao Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. A partir dessa divisão, essas esferas organizam-se de acordo com a complexidade exigida pelas diferentes formas de organização administrativa, política e/ou geográfica (BRASIL, 2011). Desta forma, os profissionais ressaltam a organização de ações entre as três esferas do governo em caso de abandono de tratamento.

Inclusive um paciente nosso, que a gente teve uma complicação grande do abandono do tratamento, teve que envolver as três esferas. Como eu venho falando, entrar também com processo para ele está aderindo ao tratamento. Teve que entrar o município, estado, o governo federal para estar aderindo a esse tratamento e é uma forma bem

dolorosa, porque ele parou duas vezes o tratamento. EN01

A primeira medida, quando o profissional verifica que o paciente abandonou o tratamento é a busca ativa que consiste em uma visita domiciliar para verificar por quais motivos o paciente não buscou a medicação ou procurou o serviço de saúde. Para Barreira (1992), a visita domiciliar no controle da tuberculose possui três funções. A primeira é a função tática que é penetrar na intimidade do tecido social para detectar precocemente, a outra é a função de representação que significa reforçar a ordem médica e a autoridade sanitária. E por último a função de controle, por verificar o cumprimento das normas sanitárias de profilaxia da tuberculose.

Busca ativa, né. Eu acho que tem que ter um controle muito bem feito em questão de tratamento, o dia que tem que pegar a medicação, quanto tempo, os dias que não veio pegar a medicação e busca ativa e orientação a cada entrega da medicação. Orientando e reforçando a importância do tratamento. Parabenizando e incentivando para concluir até o final. EN01

A busca ativa aí vai funcionar principalmente pelo ACS que faz a ponta e investiga se esse usuário tá viajando, passou mal, não sabe a cidade, se comprometeu de alguma forma, ele vai investigar isso aí. A vigilância epidemiológica também faz o papel intercalado, a gente já consegue descobrir qual a falha daquela situação, porque está comprometendo. EN02

Quando ela começa a ficar resistente a vir no serviço, a gente vai atrás, marca consulta no caso. Quando a gente faz a visita e não quer receber a gente, sempre tem uma busca ativa daquele paciente que não está querendo vir ao serviço. Então a gente vai atrás. TE02

Igual eu estou falando com você. Nós vamos atrás da pessoa para ela iniciar o tratamento novamente. Eu mesma faço de tudo para essa pessoa voltar o tratamento de novo. TE01

Na busca ativa, é realizada uma escuta para saber quais são os motivos para o abandono de tratamento, os quais os profissionais procuram solucionar. No entanto, há casos em que o paciente decide por não se tratar. Para os profissionais, essas pessoas só retornam ao tratamento após o reaparecimento dos sintomas da doença. Conforme Rocha e Adorno (2012), o termo descontinuidade é o mais apropriado para essa situação, pois a pessoa interrompe momentaneamente e depois se vê obrigada a se tratar, pela piora clínica.

Justamente quando se vê muito comprometido, quando ele começa a debilitar, são situações que a gente aqui está acostumado a vivenciar. O paciente procura quando ele já fala: “Não quero morrer”. “Estou muito jovem”. “Mas eu pensei que tivesse melhorado”. E o argumento deles são colocações, interrogações que nós já havíamos apontado para eles. Então quando ele se vê com aquele medo, ameaçado é quando ele vem de um ponto que ele quer abraçar naquele momento o tratamento por completo. EN02

Quando ele já está sem força pra lutar ele vai atrás. Vai atrás do objetivo dele que é o medicamento. Sem o medicamento, a pessoa fica fraca, não tem aquela força que tinha. Aí ele vê que ele é dependente daquele medicamento. ACS01

Quando ela está bem mal. Quando chega ao segundo mês e melhorou, aí ele abandona. Na hora que ele piora, torna voltar. Trocou esquema, o paciente teve que tomar estreptomicina. TE02

Apesar de a humanidade conviver com a tuberculose há milhares de anos, ela ainda é percebida como sinônimo de morte, por se tratar de uma doença que traz com o diagnóstico uma carga de estigma. Para os profissionais, o medo da doença ou da morte é muito frequente entre os pacientes após o abandono de tratamento. Assim, a ameaça de morte foi narrada como uma estratégia dos profissionais para que o paciente prossiga com o tratamento.

O paciente estava com medo, porque o mesmo estava bem debilitado e ele disse “eu vou morrer,

cadê a medicação, que ficou de chegar e não chegou?”. EN01

Falei assim com o paciente: “Você tem medo de morrer?” Ele respondeu: “Tenho”. Se você tem medo de morrer, de hoje em diante você vai fazer seu tratamento. Ai ele seguiu o tratamento. TE01

Visando reduzir as altas taxas de abandono e suas implicações para a saúde pública, o controle de contatos é uma atividade constante após o diagnóstico da tuberculose ou em caso de abandono de tratamento, sendo prioritariamente indicado para as pessoas que convivam com doentes bacilíferos, especialmente os intradomiciliares, e nos adultos que convivam com doentes menores de cinco anos, para identificação da possível fonte de infecção. Os contatos se referiram aos exames que todos que moram na casa precisam fazer periodicamente.

Foi a enfermeira que veio e nós não sabíamos. Nós fomos à policlínica e fizemos o exame. Ela sabia, mas não falou nada. Sabia, pois estava tratando. Havia criança e tudo. Todo mundo fez os exames, muitas vezes. Eu não sei onde ela pegou. C4

Amanhã vamos fazer exames de tudo. Eu e os meninos. C6

O controle de contato deve ser realizado fundamentalmente pela atenção básica. Nestes serviços, esforços adicionais devem ser feitos para ampliação do cuidado entre os assintomáticos e também a instituição do tratamento da infecção latente, quando indicado. Crianças que adquiriram infecção latente da tuberculose até os cinco anos é grupo prioritário para quimioprofilaxia, que consiste na administração de isoniazida, com acompanhamento, incluindo o manejo dos efeitos adversos e vigilância sobre faltosos (BRASIL, 2011).

Nós todos tomamos o remédio durante seis meses. Eles tomavam porque estavam dentro de casa para prevenir. Minha menina e meu rapazinho, não pegaram. Só tomava aquele remédio para prevenir. Porque estava aqui dentro de casa. C7

Além do controle dos contatos, há o controle da transmissibilidade do próprio paciente em que é realizado mensalmente a baciloscopia, sendo indispensáveis as dos segundo, quarto e sexto meses, no Esquema Básico. Em casos de baciloscopia positiva no final do segundo mês de tratamento, o médico deve solicitar cultura para micobactérias com identificação e teste de sensibilidade (BRASIL, 2011).

Casos de esquemas especiais, eles mantêm o esquema único, nós fazemos o controle de BAAR por todos os meses. O protocolo diz fazer bimestral, mas o paciente com três cruces, por exemplo, a gente faz o controle mais assegurado, todo mês para saber se o paciente está decaindo a transmissibilidade. EN02

O que interfere para a gente mesmo é só o acompanhamento da clínica do paciente, que precisa às vezes que nós estejamos mais próximos desses pacientes, precisando do agente fazer o hoje conhecido TDO, ou seja, tratamento diretamente observado. Onde a gente faz o acompanhamento pelo menos três vezes por semana da ingestão do medicamento pelo usuário. Isso comprova para a gente uma chance muito alta de o paciente dar negativo no final de seis meses. EN02

A DOTS é a mais recente estratégia para controle da tuberculose, que tem por objetivo garantir a adesão ao tratamento, reduzir o risco de transmissão da doença na comunidade e a mortalidade por tuberculose e evitar a resistência adquirida aos antibióticos (MINAS GERAIS, 2006). Essa estratégia aproxima o doente da equipe de saúde, tornando o vínculo mais estreito. Os profissionais corroboram com essa afirmativa, considerando que o tratamento diretamente observado é visto como favorável ao vínculo entre profissionais e pacientes.

Ele aproxima os serviços do paciente, o paciente se vê muito mais amparado, ele se vê resguardado e ele aposta que tem alguém cuidando dele. Então o TDO vem pra fortalecer esse elo, essa aproximação, o elo do paciente com o serviço de saúde sem comprometer aquela situação mais de

polícia mesmo, fiscalizando, mas a gente tem mais o processo de ser acolhedor. EN02

Estar disposta ali para a pessoa ver que a gente quer o bem pra ela. ACS02

A estratégia ampliou-se e é hoje preconizada para todos os pacientes com diagnóstico de tuberculose, mas na prática observa-se que o profissional de saúde é quem define os doentes a serem mantidos sob a estratégia que, geralmente, é recomendada aos pacientes que apresentam recidiva da doença, abandono do tratamento anterior e aos pacientes que são propensos a abandonar o tratamento como alcoolistas, moradores de rua, entre outros, demonstrando um preconceito dos profissionais diante dessas situações. Para os profissionais, o tratamento diretamente observado contribui para a adesão ao tratamento, tendo em vista que muitas vezes o paciente tem vergonha de buscar o medicamento na Unidade de Saúde.

Eu acho que melhora, porque tipo assim, às vezes eles fica com vergonha de vim até aqui no posto, às vezes pra tomar aquela medicação, pra tá buscando aquela medicação. TE01

Com a DOTS, as visitas domiciliares são mais constantes a fim de possibilitar o seguimento continuado do doente, permitindo que se estabeleça uma relação do paciente com o profissional de saúde, que reflete no fato de o paciente sentir-se acolhido ao apresentar alguma queixa e encontrar acesso mais facilitado junto aos profissionais de saúde (TERRA e BERTOLOZZI, 2008).

O tratamento supervisionado possui diversos significados para o paciente, sendo que a vigilância da ingestão da medicação é vista, principalmente pelos pacientes em situação econômica precária e com baixa escolaridade como um cuidado acurado dos serviços de saúde. Para os profissionais de saúde, o nível de escolaridade pode influenciar na visão do paciente sobre a dose supervisionada

Para nós profissionais de saúde ajuda, dependendo do nível educacional da pessoa, se for um nível mais elevado, creio eu que há maior resistência. Porque até quando nós fazíamos a dose supervisionada na casa dele nos finais de semana, a gente fazia o uso da máscara e pedia

para ele também estar usando a máscara. Então se fosse uma pessoa que tivesse um nível de escolaridade maior e a vizinhança vendo os profissionais da área da saúde chegando lá na casa usando máscara. Até porque a casa não tinha muro, tem certa tensão. EN01

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem como principal atribuição acompanhar as famílias adscritas na Estratégia Saúde da Família por meio da visita domiciliar. Esse profissional representa o elo entre comunidade e serviço de saúde, disponibilizando informações que possibilitam a realização de ações sob supervisão da equipe de saúde. (SILVA *et al*, 2007). Os contatos percebem que a visita do ACS é importante para o tratamento.

É bom. Iam também, as agentes para fazer visita, ver, monitorar se estava fazendo tudo certinho. É bom, porque às vezes não fazem o tratamento. Ai ajuda o tratamento. C1

É bom receber a visita do agente, ela vem direto. C2

Era a agente de saúde que trazia e a gente tomava. Essa agente que nos ajudou. Quando nós adoecemos aqui. C7

Assim pode-se dizer que o ACS atua como facilitador da criação de vínculos que envolvem equipe de saúde, instituições e família. O profissional de saúde ao conhecer melhor o ambiente no qual o doente está inserido, suas necessidades e singularidades, contribui para a identificação de intercorrências durante o tratamento, possibilitando novas oportunidades de interação com o doente e a família (VENDRAMINI *et al*, 2002).

Os profissionais, ao prestarem assistência ao paciente, sentem-se corresponsáveis pelo processo de recuperação e cura deles e, por vezes, utilizam diversas estratégias para que o paciente prossiga com o tratamento, como se pode verificar nas falas adiante:

Os dois são fundamentais. O papel e a responsabilidade são dos dois. EN02

Foram uns dois meses nós administrando a dose supervisionada, todos os dias oral e intramuscular. A gente não entregou para ele a medicação, foram dois meses assim, no final de semana e no feriado também. EN01

A administração supervisionada de medicamentos na tuberculose, tem se apresentado como uma estratégia que contribui para o aumento da adesão dos doentes ao tratamento, pois significa ter a certeza que o doente realmente ingeriu os medicamentos, mas é preciso ressaltar que essa supervisão pode representar uma ideia que retoma o passado autoritário do sanitarismo (PERINI, 1998).

Essa estratégia de tratamento dificulta a manipulação da informação social pelo doente, se aproximando do que era vivido pelas doentes do sanatório que, submetidas ao isolamento, não tinham como esconder que eram tuberculosas. Da mesma forma, a presença constante dos profissionais de saúde na casa do paciente pode dificultar o ocultamento da informação social diante da vizinhança (SILVA, 2009).

A DOTS tem sido criticada como modo de desconstrução da autonomia do sujeito adoecido ou infantilização do mesmo (CAMPOS, 2003). Por não possibilitar que o doente responsabilize pelo tratamento e decida como esse pode ser realizado, ficando essa tarefa para a equipe de saúde.

Nos estudos de Terra e Bertolozzi (2008), foi verificado que para os profissionais a DOTS se refere a ver, controlar e observar a ingestão da medicação. Uma estratégia que torna possível quebrar a cadeia de transmissão, alcançar a cura, além de evitar consequências do tratamento incorreto, acompanhar os comunicantes, abordar dificuldades no tratamento, diminuir a resistência dos bacilos aos medicamentos e organizar o serviço de saúde.

De acordo com Silva (2009), a DOTS pode acentuar não somente a crença na periculosidade da doença como na periculosidade do próprio doente, que necessita de vigilância na administração do seu próprio corpo. Isso porque o tratamento supervisionado requer vigilância e controle obstinados que muito se assemelham ao tratamento empregado na era sanatorial. A exigência de comparecer à unidade de saúde e o questionamento dos agentes comunitários de saúde sobre como o doente administra não somente a medicação, mas a sua vida, configura uma abordagem capaz de evocar antigas representações.

Além da supervisão do doente, outros elementos fortalecem o estigma ao portador de tuberculose como: a atribuição de rótulos no

manejo do processo de adoecimento (faltosos, complicados, sintomático respiratório, caso suspeito), procedimentos de investigação e acompanhamento do tratamento (ficha de notificação compulsória/investigação, acompanhamento do tratamento, registro e acompanhamento de casos, identificação dos sintomáticos respiratórios, registro dos contatos, acompanhamento da tomada diária da medicação, boletim de transferência de casos).

Para os profissionais os recursos investidos no diagnóstico precoce, tratamento e controle dos riscos de infecção podem não ser um problema em si, mas para os portadores de tuberculose podem ser vistos como representantes do estigma, como, por exemplo, a utilização de máscaras cirúrgicas para reduzir a propagação de partículas infectantes no ambiente.

A exigência do uso de máscara pelo doente como proteção respiratória, que pode ser entendido como uma medida de segurança simples e indispensável descrita nos manuais de tuberculose pode ter outro sentido por aquele que tem que aplicá-la na prática. A máscara se revela como um símbolo que intensifica o estigma (SILVA, 2009).

O uso da máscara se apresenta como um grande problema aos doentes diante de uma medida operacional, que revela a condição de doente contaminador, o qual coloca a vida dos outros em perigo, além de dificultar a manipulação da informação social pelo doente de sua condição. Isso revela que a mesma medida operacional pode ter o caráter de proteção para alguns, e o de exposição do símbolo de estigma para outros, assim, há os que respeitam e se submetem à norma e outros que não a seguem (SILVA, 2009).

Sempre quando nós íamos, ele já sabia que nós estávamos indo na casa dele fazer a visita, aí ele usava a máscara. ACS01

A gente passa os cuidados para eles, mas eles não seguem direito. Por exemplo, vamos ficar dentro de casa com a máscara, mas não fica de jeito nenhum. Até dá a máscara para pessoa, mas ele não usa a máscara ou usa muito pouco. TE01

Desta forma, estratégias que foram elaboradas para garantir a adesão do paciente, podem acarretar o abandono de tratamento, pois todos esses procedimentos acentuam a visibilidade da condição de portador de uma doença transmissível que representa perigo. Além

destas, ainda, pode ser ressaltada a internação que desencadeia um status desfavorável ainda mais intenso nos dias de hoje, devido ao tratamento da tuberculose, preferencialmente, ser realizado em ambiente ambulatorial e não mais hospitalar.

Antes da descoberta dos tuberculostáticos, os portadores de tuberculose padeciam de uma doença de cura incerta, que os excluía do mundo saudável por anos, e que os fazia representar uma ameaça constante por portarem um agente patogênico. Atualmente, mesmo que tenham ocorrido modificações nas formas de diagnóstico e tratamento dos doentes, ainda que a possibilidade de cura tenha se tornado mais efetiva, as internações, mesmo que em número reduzido, ainda persistem (SILVA, 2009).

De acordo com Brasil (2011), a hospitalização é indicada somente em algumas situações especiais como: meningite tuberculosa, indicações cirúrgicas, complicações graves, intolerância medicamentosa incontrolável em ambulatório, intercorrências clínicas ou cirúrgicas graves, estado geral que não permita tratamento em ambulatório, em casos sociais, como ausência de residência fixa, ou grupos especiais, com maior possibilidade de abandono, especialmente se for caso de retratamento ou falência.

Nos hospitais, deve ser valorizado o envolvimento de vários profissionais de saúde, como terapia ocupacional, assistência social, tratamento concomitante para alcoolismo e outras drogas. Também é essencial para a continuidade das atividades, a articulação dos hospitais com a rede básica (RIBEIRO, 2003).

A vigilância epidemiológica também faz o papel intercalado, a gente já consegue descobrir qual a falha daquela situação, porque está comprometendo. Esse mês mesmo nós tivemos dois pacientes que não compareceram, mas eles estavam internados. O hospital não tinha conhecimento do tratamento de Tuberculose porque já não estava na fase bacilífera, e sim na fase de manutenção do tratamento, quatro a seis meses, mas ele precisava receber a droga internado. Para que não houvesse a recidiva da doença. EN02

O período de internação deve ser reduzido ao mínimo necessário, limitando-se ao tempo suficiente para atender as razões que determinaram sua indicação. Ressalta-se, ainda, que os leitos atualmente

disponíveis na rede hospitalar para tuberculose têm elevado percentual de altas a pedido e por indisciplina (RIBEIRO, 2003).

Quando a gente propõe que ele tem que ficar internado, ele se propõe a fazer tudo naquele momento. Depois de um mês ele abandona tudo de novo. EN02

No entanto, atualmente, as internações são muito menos indicadas pela gravidade dos sintomas do que pelas condições psicossociais do doente em conduzir seu tratamento. Frequentemente, os casos que merecem internação são considerados os “casos sociais”, como os moradores de rua e dependentes químicos, ou seja, aqueles que não apresentam condições psicológicas ou socioeconômicas de realizar o tratamento em sua própria residência, necessitando de vigilância mais apurada (SILVA, 2009).

Para os pacientes com abandono de tratamento persistente, em que seja considerado que o mesmo esteja colocando em risco a saúde da população, medidas judiciais podem ser adotadas, como a internação compulsória. O Código de Saúde da Cidade de Nova York, dizia que todos os pacientes com tuberculose ou suspeita deveriam: ser examinados; completar tratamento; aderir a um programa de tratamento supervisionado (ou CoDOT, quando administrado por um agente de justiça); ser detidos, durante o período de transmissibilidade ou até a cura, se necessário, e quando outras alternativas de tratamento não obtiverem sucesso (FUJIWARA *et al*, 1997). Hoje existem leis que preveem a internação compulsória em todos os cinquenta Estados americanos devido aos elevados percentuais de abandono de tratamento.

No Brasil, a internação compulsória é indicada após realizadas todas as medidas para adesão do paciente. Considerando os riscos da tuberculose para a população e para o próprio doente, segundo o manual de recomendações, o abandono de tratamento deve envolver profissionais de saúde, inclusive da saúde mental, sociedade civil, profissionais do Judiciário e outros setores do Governo, justificado porque abandonos sucessivos e/ou recusas reiteradas em submeter-se aos tratamentos preconizados podem levar ao desenvolvimento de bacilos extensivamente resistentes (BRASIL, 2011). Como se verifica nas falas:

*E quando se esgota todas as possibilidades.
Esgotar possibilidades significa recorrer*

comunidade, família, amigos, serviços de saúde, postos referenciais nesse amparo. Para que a gente possa estender essa situação de conscientização de que o doente precisa ser tratado. Com todas as possibilidades esgotadas a gente recorre ao poder público, à polícia, às vezes a gente tem até indícios, nada cientificamente, que teria que fazer parte. O que nós já fizemos enquanto município é recorrer ao ministério público. Conversamos com o promotor do município por casos que já ocorreram aqui de abandono e que isso estava comprometendo uma série de situações até mesmo crianças. Então a gente já recorreu à promotoria, já recorreremos a juízes do município. E aí a gente foi abrindo espaços, entrelinhas para a gente trabalhar com as situações. EN02

Oh, o que a gente faz como eu te falei. Faz o possível e o impossível pra esse paciente não abandonar o tratamento. A gente se for preciso vai até ao ministério público. TE02

As equipes judiciais dispõem, além do magistrado, de assistentes sociais, psicólogas e médicos peritos para investigar tais casos, assim, a abordagem dos recalcitrantes poderá chegar até a internação compulsória judicial (RIBEIRO, 2003).

Ah, eu não sei se obrigar ele. Como voltou de novo, né. Ele já não está mais com aquela esperança. Está muito desanimado. ACS02

Enquanto ele não ficar preso na cadeia, para ele poder tratar, ele não sossega. Ou então só quando ele morrer. C3

O tratamento compulsório da tuberculose reflete que o Estado propõe que o indivíduo deve se tratar de acordo com o que pode ser oferecido exclusivamente pelo SUS, não sendo consideradas suas singularidades, com apresentação de propostas de tratamento que aumentam a vigilância e o controle sobre o indivíduo, interferindo de maneira negativa em sua autonomia.

Observa-se neste cenário uma pluralidade de instituições e atores que atuam decisiva e legitimamente na construção e garantia de direitos à saúde da população. O Judiciário, portanto, se apresenta somente como mais um desses atores, cuja proeminência, de fato, advém de suas competências e atribuições constitucionais, principalmente no que concerne à resolução de conflitos (ASENSI, 2010).

No contexto brasileiro, o Ministério Público (MP) recebeu destaque enquanto instituição jurídica envolvida no processo de efetivação da saúde enquanto direito. De uma maneira geral, o MP desenvolve a capacidade institucional de criar um espaço de diálogos ao possibilitar a comunicação entre os principais atores que compõem o processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas públicas em saúde. A atitude ativa e dialógica permitiu resultados positivos na horizontalização da relação entre Estado e sociedade (ASENSI, 2010).

Medidas judiciais podem ser necessárias em casos de descontinuidade de tratamento que ameacem à saúde população, principalmente a possibilidade de contaminação de crianças. Nos casos analisados, as crianças se infectaram por meio dos pais, sendo demonstrado por estes a dificuldade na administração de medicamentos para a criança.

Aí pegou na minha mãe, da minha mãe pegou no meu menino, aí nós ficamos todos doentes. C7

Meu neto jogava o remédio fora. Precisou passar outros para ele. Aí eu mesma dei o medicamento para ele. Ele estuda cedo e de tarde. C6

De acordo com Ribeiro (2003), as Varas da Família e da Infância geralmente respondem bem a essa demanda, na medida em que comprovam que crianças não recebem medicamentos essenciais para tratamento por meio de seus responsáveis, ou verificam que crianças sofrem risco frequente de se tornar doentes de tuberculose. Os profissionais evidenciam a preocupação com esses casos

Em casos de crianças que são contatos. Já tivemos caso de criança também dentro do tratamento. TE02

Com a criança eu sempre tenho mais preocupação. Eu olho direto a cartela de

remédio. Eu olho e falo, pelo visto ele está tomando o remédio direitinho. Só que a mãe conta que ele finge que toma o remédio e joga fora. Então como que você vai. Você faz de tudo ali. Eu mesmo fico ali direto. Fico a maioria das vezes lá. Preocupada com o que você pode fazer com essa pessoa. ACS02

A positivação do direito à saúde como um direito fundamental na Constituição de 1988 enseja avanços e novos desafios jurídicos, culturais, políticos, sociais e econômicos para sua efetivação. Como visto, a tensão inerente ao direito à saúde, consiste na dicotomia existente entre os direitos garantidos formalmente e os conflitos implícitos à sua efetivação no cotidiano das práticas dos atores sociais (ASENSI, 2010).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa partiu de minhas inquietações profissionais em relação às condutas dos profissionais de saúde em casos recorrentes de descontinuidade do tratamento de tuberculose, buscando compreender por meio dos depoimentos dos participantes do estudo, as condutas dos profissionais que tem por finalidade minimizar os riscos para a saúde da população e os motivos dos doentes para manterem esses riscos decorrentes da recusa do tratamento.

Para poder de fato compreender tais aspectos, foi preciso despir dos valores arraigados enquanto profissional de saúde e tentar ver o problema como quem olha de dentro da situação. Considerando que só dessa forma seria possível de fato atingir o objetivo ao qual esta pesquisa se propõe.

O estudo desvelou o sentido do tratamento de tuberculose para os contatos dos portadores de tuberculose e para os profissionais de saúde, constatando que o doente reconhece a necessidade do tratamento correto e completo para chegar à cura, sendo o tratamento considerado como uma necessidade sem alternativa, evidenciando a submissão dos doentes diante da terapêutica. As experiências dos contatos, que adquiriram ou não a tuberculose, permitiram compreender as singularidades frente ao diagnóstico de tuberculose e as dificuldades encontradas na realização do tratamento.

O tratamento da tuberculose no Brasil é ofertado exclusivamente no setor público, de acordo com as normas e protocolos de tratamento vigentes e recomendados pelo Ministério da Saúde. A análise das entrevistas mostra que o controle da venda de medicamentos pode ter várias interfaces, pois pode significar uma ação positiva do Estado para contribuir com a adesão do doente ao tratamento, mas também evidencia a vigilância do Estado, em termos de monitoramento, controlando os portadores de tuberculose, possível abandono de tratamento e, conseqüentemente a resistência dos bacilos aos medicamentos. Desta forma, mesmo que o tratamento seja gratuito, os custos psicológicos, sociais e econômicos ocorridos com a ruptura das relações dos indivíduos devem ser levados em consideração pelos profissionais.

De acordo com o Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil (2011), a condição básica para o sucesso do tratamento é a adesão do paciente. Todavia, para os profissionais, o tempo de tratamento da tuberculose é longo e não tão simples de ser

seguido, o que acarreta altas taxas de abandono de tratamento, sendo este um importante desafio no campo da Saúde Coletiva. Os seguintes fatores foram associados ao abandono do tratamento: o estigma, a submissão, o longo tempo de tratamento, efeitos adversos, a infantilização do paciente.

Para os profissionais a recusa do tratamento é vista como falta de responsabilidade ou compromisso do paciente, já para os portadores de tuberculose esta recusa pode ser a liberdade de escolha baseada em múltiplas justificativas da pessoa em querer ou não se tratar. Assim, a descontinuidade do tratamento se relaciona com os dois sentidos políticos de liberdade, o negativo e o positivo, evidenciados por Berlin (2002). Enquanto no primeiro sentido a pessoa é considerada livre na medida em que nenhuma pessoa ou grupo interfere em suas ações, no sentido positivo, a liberdade é compreendida como a capacidade de autodeterminação do indivíduo, por meio da autonomia da vontade. A recusa do tratamento da tuberculose representa esse desejo de o indivíduo ser senhor de si próprio e da sua atividade.

No entanto, enquanto a recusa do tratamento para doenças não infecciosas implica em riscos apenas individuais, a recusa do tratamento da tuberculose traz consequências mais amplas, considerando que a tuberculose pulmonar é uma doença transmissível por via aérea e a pessoa quando não adere ao tratamento pode transmiti-la a seus contatos, colocando em risco a saúde do outro.

Observa-se por meio das entrevistas, que a decisão de não prosseguir com o tratamento acarreta resistência medicamentosa e recidiva da doença, aumentando o tempo e o custo do tratamento. Além disso, o abandono de tratamento centra-se no fato de que, o portador de tuberculose que não adere à terapêutica, continua doente, e permanece como fonte de contágio. Tendo em vista as implicações decorrentes da recusa do tratamento, destaca-se o papel do Estado, em garantir que o indivíduo ou a coletividade fiquem o menos possível expostos ao perigo.

No antigo sistema político da soberania, existia entre o soberano e o súdito toda uma série de relações que induziam o soberano a proteger o súdito, contra o inimigo externo ou interno. Já na nova razão governamental, a liberdade é algo que se fabrica a cada instante. Assim, nesta arte de governar há a necessidade de determinar até que ponto o interesse individual não constituirá um perigo para o interesse de todos, com a gestão dos mecanismos de segurança e liberdade. O problema de segurança torna-se proteger o interesse coletivo contra os interesses individuais (FOUCAULT, 2008a).

Nesta pesquisa foi evidenciado que os contatos intradomiciliares, não se sentiram ameaçados ao conviver com a pessoa com tuberculose, por considerarem que é uma doença que possui tratamento e cura. No entanto, entre os profissionais e a vizinhança o risco de transmissão é percebido e o temor de contágio é constante, exigindo condutas dos profissionais diante desses casos.

Várias estratégias são aplicadas, sendo que a primeira medida é a busca ativa, em que são ressaltadas as consequências do abandono de tratamento. Com o paciente em tratamento ou em casos em que este é recusado, o controle de contato é tarefa primordial com a finalidade de evitar a propagação da doença. Além do controle dos contatos, há o controle da transmissibilidade do próprio paciente com realização mensal da baciloscopia.

Visando garantir a adesão do paciente ao tratamento e reduzir os riscos inerentes à tuberculose diferentes estratégias foram desenvolvidas para o controle da infecção. A mais recente delas é a DOTS, lançada em 1993 pela OMS. Esta estratégia pode favorecer a não-interrupção do tratamento pela garantia da correta ingestão diária dos medicamentos e traz benefícios como: curar os doentes, diminuir a possibilidade de agravamento e a necessidade de hospitalização, evitar a multirresistência. Também previne o aparecimento de novos casos pela cura das fontes de infecção, modificando o perfil epidemiológico da tuberculose (MORRONE *et al*, 1999).

No entanto, na prática verifica-se que o tratamento supervisionado retoma a vigilância apurada de pessoas que colocam a própria vida e a de outros em risco. Retirando a autonomia do indivíduo em decidir sobre seu tratamento, sendo imposta a necessidade de controle sob a forma de cuidado. Neste sentido, remete à noção que o doente precisa ser vigiado por representar um risco, fato que contribuiu para a estigmatização na era sanatorial (SILVA, 2009).

No Brasil, após realizadas todas as medidas para adesão do paciente medidas judiciais podem ser necessárias em casos de descontinuidade de tratamento que ameacem à saúde população, como a internação compulsória. Essa estratégia remete às primeiras medidas de controle da enfermidade, em que a pessoa acometida pela tuberculose era isolada socialmente, terapêutica que contribuiu de forma relevante para a estigmatização dos doentes. Assim, a liberdade individual de escolha em relação ao tratamento ofertado perpassa por valores enraizados socialmente, em que o indivíduo não é visto como sujeito de ações, mas como transgressor de normas e fonte de infecção.

Portanto, com a intensa valorização dada às propostas desenvolvidas pela OMS e demais organizações internacionais para o combate à tuberculose, as percepções singulares e subjetivas dos doentes são preteridas na operacionalização dos procedimentos a serem impostos aos doentes.

Ressalta-se que a tuberculose é uma doença crônica e debilitante, que exige um tempo prolongado de tratamento e pode representar para o doente um obstáculo ao desempenho das atividades. Tanto o esquema especial quanto o esquema básico trazem ônus para o paciente, sendo que essas exigências do tratamento para os pacientes muitas vezes não são percebidas pelos profissionais.

Os imperativos dos serviços de saúde, como o uso de máscara, a visita dos agentes comunitários de saúde e o tratamento supervisionado para os profissionais de saúde podem representar procedimentos básicos presentes no manual de recomendações para o controle de tuberculose, mas para os portadores de tuberculose esses imperativos podem ser símbolos do estigma.

Para que sejam analisados os conflitos da recusa do tratamento sob a perspectiva das práticas de liberdade, torna-se necessário dar voz aos sujeitos envolvidos, no intuito de compreender os saberes e práticas daqueles que convivem com o portador de tuberculose, ressaltando suas experiências e o significado da doença.

REFERÊNCIAS

ADAM, P. HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina.** Editora da Universidade do Sagrado Coração, Bauru, 2000.

ALVES, P. C. RABELO, M. C., 1999. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. **In: Experiência de Doença e Narrativa** (M. C. M. Rabelo, P. C. B. Alves & I. M. A. Souza, org.), pp. 171-185, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

ALVES, R, SANT'ANNA, C. C.; CUNHA, A. J. Epidemiologia da tuberculose infantil. **Revista de Saúde Pública** 2000; 34(4):409-10

ANDRADE, R.L. P; VILLA, T. C. S; PILLON, S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. **Revista eletrônica de saúde mental álcool e drogas.** v. 1. N. 1. 2005.

ARCÊNCIO, R.A. **A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. p. 3-34.

ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [1]: 33-55, 2010.

AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.** São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

BARREIRA, I. A. **A enfermeira Ananéri no “País do futuro”:** a aventura da luta contra a tuberculose. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

BARATA, R. C. B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Rev. Saúde Pública**, 31 (5): 531-7, 1997.

BERLIN, I. Dois conceitos de liberdade. **Estudos sobre a humanidade: uma antologia de ensaios.** São Paulo: Companhia das Letras, 2002, p.226-272.

BERTOLLI FILHO, C. **História Social da Tuberculose e do Tuberculoso**: 1900-1950. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 248p.

BERTOLOZZI, M.R. **Adesão ao Programa de Controle da Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998.

BERTOLOZZI, M.R; NICHATA, L.Y.I., TAKAHASHI, R.F., CIOSAK, S.I., HINO P., VAL L.F., GUANILLO, M.C.L.T.U; PEREIRA, E.G. Conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm USP**. 2009; 43(Esp 2):1326-30.

BOBBIO, N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. **Constituição Federal da República**. Brasília: Governo Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual técnico para o controle de tuberculose: cadernos de Atenção Básica**. 6. ed. ver. e ampl.- Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Distritos sanitários: concepção e organização o conceito de saúde e do processo saúde-doença**. Brasília. Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, v. 44, n 2, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa nacional de controle da tuberculose.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

BRITTO, A. **Organização anti-tuberculosa.** Annaes do Quinto Congresso Brasileiro de Hygiene. Rio de Janeiro, 1929.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CAPONI, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v.9, n.2, p.101-122, Jul./Dez. 2012

CAPUANO, D.A. et al. Busca Ativa de Casos de Tuberculose Pulmonar. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 6, Nº 3, 2003

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil. O Longo Caminho.** 3ªed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CASTIEL, L.D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CHIRINOS, N. E. C. **O abandono do tratamento e suas representações sociais para profissionais da saúde e pessoas com tuberculose.** Tese (Doutorado). Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. 2013.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais.** Petrópolis. RJ: Vozes, 2006.

CLEMENTINO, F. S. MARTINIANO, M. S. CLEMENTINO, M. J. S. M. SOUSA, J. C. MARCOLIN, E. C. MIRANDA, F. A. N. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):638-43.

CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, II: Diretrizes brasileiras para tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília/DF, v. 30, 2004. Supplement.

CONSTANT, Benjamin. Da liberdade dos antigos comparada à dos modernos. **Filosofia Política**, 1985, v. 02, p. 09-25.

COURA, J. R. Infecção e Doença infecciosa. In: COURA, J. R. (Org.). In: **Dinâmica das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

DALCOLMO, M. P.; ANDRADE, M. K. N.; PICON, P. D. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de Controle. **Revista de Saúde Pública**. 2007;41(Supl. 1):34-42

DÁLCOMO, M. M. P. **Regime de curta duração, intermitente e parcialmente supervisionado, como estratégia de redução do abandono no tratamento da tuberculose no Brasil**. [Tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. 2000.

DALMOLIN, C. C. **O perfil epidemiológico de casos de tuberculose notificados no Ambulatório de Tisiologia do Hospital Sanatório Partenon**. Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Brasil em 2007 e 2008. Florianópolis. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

DATASUS. Ministério da Saúde. [Internet]. Secretaria Executiva. Datasus [acesso em abr. 2014]. Informações de Saúde. **Informações epidemiológicas e morbidade**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>

FILHO *et al.* JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA. II **Diretrizes Brasileiras para Tuberculose**. Brasília, v. 30, sup. 1, jun. 2004.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005

_____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 13 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

_____. Ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: MOTTA, Manoel Barros da (org.) **Foucault: ética, sexualidade e política**. (Ditos e Escritos VII). Rio de Janeiro; São Paulo: Forense Universitária, 2004, p. 264-287.

_____. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a

_____. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995a, p. 231-251.

_____. **Microfísica do poder**. 26 ed. São Paulo: Graal, 2013.

FUJIWARA P.I., LARKIN C, FRIEDEN TR. Directly observed therapy in New York City. History, implementation, results, and challenges. **Clin Chest Med**. 1997;18:135-48.

GEMAL, A. L. **Estudo de Caso: Produção de Medicamentos para o tratamento da tuberculose no Brasil**. Instituto de Química. UFRJ. 2011. Disponível em: http://www.fundacaoataulphodepaiva.com.br/_arq/BILL%20GATES/2014/Andre_Gemal_versao_final.pdf. Acesso em: 11 nov. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. **Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução: Mathias Lambert. Data da Digitalização: 2004. Data Publicação Original: 1891

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **Hist. Ciências da Saúde**. Manguinhos. 2000. 7(2): 305-327.

GRISOTTI, M. Doenças infecciosas emergentes e a emergência das doenças: uma revisão conceitual e novas questões. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2010. Disponível em: abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos

HERZLICH, C.. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento). 57-70, 2005.

HIJJAR, M. *et al.* Tuberculose. COURA. J. R. (Org.). In: **Dinâmica das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

HIJJAR, M. A.; PROCÓPIO, M. J. Tuberculose – Epidemiologia e Controle no Brasil. **Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Ano 5, 2006

HOBBS, Thomas. **Leviatã ou matéria, Forma e Poder de um Estado Eclesiástico e Civil**. Col. Os Pensadores. Trad.: João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

IBANÊS, A.S., CARNEIRO, JR. N. Panorama internacional e nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose. **ABCS Health Sci**. 2013; 38(1):25-32

IPEA. **Epidemiologia das doenças negligenciadas no Brasil e gastos federais com Medicamentos**. Brasília: Ipea, 2011

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2010. Disponível em www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=31034. Acesso em 29 julho 2013.

KAUFMANN, S.H. E. **Is the development of a new tuberculosis vaccine possible?** *Nature Med* 6: 955-960.

LOPES, A. M. P. **Saúde no processo de democratização brasileiro: promoção da saúde, biopolíticas e práticas de si na constituição de sujeitos da saúde.** Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. 2012

LUIZ, O. C.; COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2339-2348, nov, 2006

LUNA, E. J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 5, Nº 3, 2002

MAIA, C. J. **Lugar e trecho: Migrações, gênero e reciprocidade em comunidades camponesas do Jequitinhonha.** Montes Claros: Unimontes, 2004.

MALHERBI, Vanessa Cristina de Souza Alvetti. **Tuberculose como causa básica e associada de óbito - Santa Catarina, 1996 – 1999.** Florianópolis, 2001. (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.. **Fundamentos de metodologia científica.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2003. 311 p.

MARQUES, M. B. Doenças Infecciosas Emergentes no Reino da Complexidade: Implicações Para as Políticas Científicas e Tecnológicas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (3): 361-388, 1995

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MATUMOTO, S; MISHIMA, S.M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(1):233-241, jan-fev, 2001

MENDES, A.M; FENSTERSEIFER, L.M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Bol Pneum Sanitária.** 2004 Abr; 12(1):7-38.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto: Tuberculose**. Belo Horizonte, 2006. 144 p.

MORRONE N, SOLHA MSS, CRUVINEL MC, MORRONE JÚNIOR N, FREIRE JAS, BARBOSA ZLM. Tuberculose: tratamento supervisionado vs. tratamento auto-administrado. Experiência ambulatorial em instituição filantrópica e revisão da literatura. **Jornal de Pneumologia**. 1999; 25(4):198-206.

MUNIZ, J.N; ANTONIO RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S.; YAMAMURA, M.; RICARDO ARCENCIO, R.; CARDOZO-GONZALES, R. I. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (SP), de 1998 a 2003. **Jornal bras. pneumol**. v.32 n.6 São Paulo nov./dez. 2006.

NASCIMENTO, D. R.. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NAVARRO, M. B. M. A. *et al.* **Doenças emergentes e reemergentes, saúde e ambiente**. In: MINAYO, M.C & MIRANDA, A C. (orgs). Saúde e Ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

NOGUEIRA, O. **Vozes de Campos do Jordão**. São Paulo: Sociologia, 1950.

OLIVEIRA, A. U. O campo brasileiro no final dos anos 80. **Revista de Geografia**, da Associação Nacional de Geógrafos, 1989.

OLIVEIRA, H.B.; MARIN-LEÓN, L., CARDOSO, J.C. Perfil de mortalidade com tuberculose relacionada a comorbidade tuberculose-AIDS. **Rev Saúde Pública**. 2004;38(4)503-10.

OLIVEIRA H.B; MOREIRA FILHO D.C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose. **Revista de Saúde Pública** 2000;34(5):437-43

OLIVEIRA, M. F. **Acesso ao diagnóstico de tuberculose em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto – São Paulo (2006-2007)**. Ribeirão Preto. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2009

PEREIRA, S. M; DANTAS, O. M. S; XIMENES, R; BARRETO, M. B. Vacina BCG e políticas de vacinação. **Rev Saúde Pública**. 2007;41(Supl. 1):59-66

PERINI, E. **O abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos**. Tese (Doutorado em Ciência Animal) – Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

PETTIT, P. Liberdade como antipoder. **Política & Sociedade**, vol. 9, n. 16, 2010, pp. 11-50.

PIGNATTI, M. G.; Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil. **Revista Ambiente & Sociedade**, vol. VII, nº. 1, 2004.

PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev Saúde Pública** 2007; 41(Supl. 1):43-49.

RAMOS, C. A. O modelo liberal e republicano de liberdade: uma escolha disjuntiva? **Trans/Form/Ação**, Marília, v.34, n.1, p.43-66, 2011.

RASTOGI, N; DAVID, H.L. Mode of action of antituberculous drugs and mechanisms of drug resistance in Mycobacterium tuberculosis. **Res Microbiol** 1993;144:133-43.

REGO, W. L.; PINZANI, A. **Vozes do bolsa família: Autonomia, dinheiro e cidadania**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

REINERS, A. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, Supl. 2, p. 2294-2036, Rio de Janeiro, 2008.

RIBEIRO, S. A. Tratamento compulsório da tuberculose: avanço ou retrocesso? **Jornal Pneumol**. 29(1) – jan-fev de 2003

ROCHA, D. S; ADORNO, R. C. F. Abandono ou Descontinuidade do Tratamento da Tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.1, p.232-245, 2012

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

ROSSETO, M. **Reconhecendo-se como sujeito de riscos: a consciência dos possíveis danos da tuberculose**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2013.

RUFFINO-NETTO, A. **Tuberculose: a calamidade negligenciada**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 35(1): 51-58, jan-fev, 2002.

RUFFINO-NETTO, A; SOUZA, A.M.A.F. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Inf Epidemiol SUS**. 1999;8(4):35-51.

RUFFINO-NETTO, A; Comentário: Detecção de casos de tuberculose por raios-x em massa: custo e implicações. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 400-401, 2006.

SÁ, A. M. M.. **O sentido do tratamento para tuberculose no cotidiano de doentes e de profissionais de saúde**. Tese (Doutorado)-UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2007.

SÁ, L. D.; SOUZA, K. M. J.; NUNES, M. G; PALHA, P. F.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto contexto - enferm**. vol.16 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2007

SABROZA, P.C.; KAWA, H; CAMPOS, W.S.Q. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: MINAYO, M.C. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro/São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1995.

SANTOS, C. A. **Doenças infecciosas emergentes: um estudo sociológico sobre a tuberculose como uma zoonose**. Florianópolis. 2008. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SANTOS, M. S. A. **Trajatória sociopolítica das mulheres inseridas na política partidária em Araçuaí - MG: conquistas e desafios.** Monografia. Universidade Federal de Ouro Preto. 2012

SBARBARO, J. Directly observed therapy – Who is responsible? **Clin Chest Med** 1997; 18:131-3.

SCHMIDT, R. A. C. **Hantavirose em santa catarina: Um estudo epistemológico da emergência de uma zoonose.** Florianópolis. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SILVA, A. C. A. **Dores do corpo e dores da alma: o estigma da tuberculose entre homens e mulheres acometidos.** Campinas. Tese (doutorado). Universidade Estadual de Campinas, 2009.

SILVA, A. C. O.; SOUSA, M. C. M.; NOGUEIRA, J. A.; MOTTA, M. C. S. **Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 02, p. 402 - 416, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a09.htm>. Acesso em: 09 dez 2014

SILVA, J. A. **Curso de direito constitucional positivo.** 25 ed. São Paulo: Malheiros Editores LTDA. 2005

SILVA, R. Liberdade e lei no neo-republicanismo de Skinner e Pettit. Em: **Lua Nova**, n. 74, 2008.

TEIXEIRA, H.C.; ABRAMO, C.; MUNK, M. E. Diagnóstico imunológico da tuberculose: problemas e estratégias para o sucesso. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.33, p.323-334, 2007.

TERRA, M. F.; BERTOLOZZI, R. Tratamento diretamente supervisionado (dots) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Revista Latino-am Enfermagem** 2008 julho-agosto; 16(4). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 21 de out. 2014.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1990.

VENDRAMINI, S. H. F. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente.**

Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto 2001.

VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S.; PALHA, P. F.; MONROE, A. A. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de ribeirão preto: a percepção do doente. **Boletim de Pneumologia Sanitária** - Vol. 10, Nº 1 - jan/jun - 2002

VENDRAMINI, S.H.F., VILLA, T.C.S., SANTOS, M.L.S.G., GAZETTA, C.E. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2007;15(1):171-3.

VIEGAS, S. M. F. PENNA, C. M. M., O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 181-190, 2013.

WALDMAN, E. A. Doenças infecciosas emergentes e reemergentes. **Revista USP**, São Paulo, set./nov. 2001, n. 51, p.128-37.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. [WHO]. **What is DOTS? A guide to understanding the WHO recommended Tb control strategy known as DOTS.** WHO/cds/cpc/tb/99.270, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Unlinked anonymous screening for the public health surveillance of HIV infections. apud Tomasevski, K. et al. AIDS e direitos humanos. In: **Mann, J. et al., org. A AIDS no mundo.** Rio de Janeiro, Ed. ABIA, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA: PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tempo de atuação com pessoas com tuberculose: _____

Área de atuação: _____

- 1- O que você pensa sobre o tratamento da tuberculose?
- 2- O que significa para você a pessoa realizar o tratamento da tuberculose?
- 3- Quem é responsável pelo abandono do tratamento?
- 4- Por que você acha que o paciente abandona o tratamento?
- 5- Como você percebe a pessoa que abandonou o tratamento?
- 6- Quais são as consequências do abandono do tratamento para a população?
- 7- De que maneira o profissional pode intervir para minimizar essas consequências?
- 8- Quais são as ações do profissional em casos de abandono de tratamento?
- 9- Você vê diferença no registro/notificação e acompanhamento de pessoas com tuberculose no sistema público ou clínica privada?

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA: Contatos de pessoas com tuberculose

- 1- O que você pensa sobre a tuberculose?
- 2- Você tem medo de pegar tuberculose?
- 3- O que você fez depois que soube que estava com tuberculose?
- 4- O que significa o tratamento da tuberculose para você?
- 5- Você conhece outras pessoas que têm ou tiveram tuberculose?
Elas fizeram o tratamento?
- 6- Quais foram as modificações em sua rotina durante o tratamento da tuberculose?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: **ENTRE A LIBERDADE INDIVIDUAL E A SAÚDE PÚBLICA: Saberes, práticas e gestão de conflitos em caso de não-adesão ao tratamento da tuberculose**

Instituição promotora: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais

Pesquisador responsável: Francisca Souza Santos

Endereço e Telefone: Rua: João Catulino de Andrade, 411, Centro, Francisco Sá Telefone: (38)9145-9552

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada **ENTRE A LIBERDADE INDIVIDUAL E A SAÚDE PÚBLICA: Saberes, práticas e gestão de conflitos em caso de não-adesão ao tratamento da tuberculose** que se refere a uma pesquisa da professora Francisca Souza Santos, do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais.

Os objetivos deste estudo são: Identificar os conflitos entre liberdade individual e saúde pública relacionados a não-adesão ao tratamento da tuberculose e analisar como eles são percebidos e gerenciados pelos profissionais envolvidos no processo. Os resultados contribuirão tendo em vista as sérias repercussões no cenário epidemiológico decorrentes do abandono ou recusa do tratamento da tuberculose.

Sua forma de participação consiste em dar uma entrevista, os registros serão gravados para posteriormente serem transcritos. Após a transcrição da gravação para a pesquisa as mesmas serão apagadas.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Nenhum valor financeiro será para a execução desta pesquisa, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. No entanto, em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como mínimo, podendo ocorrer desconforto ao prestar informações pessoais, mas esclareço que sua identidade será mantida em sigilo, bem como, as informações que possam provocar constrangimento.

É esperado o seguinte benefício da sua participação: melhorar a compreensão da dinâmica assistencial do tratamento do portador de tuberculose.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamos-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador principal FRANCISCA SOUZA SANTOS, Rua: João Catulino de Andrade, nº 411, Centro, Francisco Sá – MG, telefone: (38) 9145-9552. Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FUNORTE na Av. Osmane Barbosa, 11.111 Bairro JK, Montes Claros - MG, **telefone: (38) 2101-9292** ou **e-mail: cepfunorte@gmail.com**.

CONSENTIMENTO

Eu _____
confirmo que FRANCISCA SOUZA SANTOS explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: _____, de _____ de 2014.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Eu, FRANCISCA SOUZA SANTOS obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

Francisca Souza Santos
Professora do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais