

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM – CCH**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS - PPGPS**

**ASPECTOS SÓCIOHISTÓRICOS DA TUBERCULOSE: UMA ANÁLISE DOS  
DETERMINANTES SOCIAIS DE PACIENTES DA CLÍNICA DE TISIOLOGIA  
DO HOSPITAL FERREIRA MACHADO EM CAMPOS DOS  
GOYTACAZES/RJ (2014 – 2018)**

**LUISY SOARES MELCHIADES**

**CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ**  
**MAIO – 2019**

**ASPECTOS SÓCIOHISTÓRICOS DA TUBERCULOSE: UMA ANÁLISE DOS  
DETERMINANTES SOCIAIS DE PACIENTES DA CLÍNICA DE TISIOLOGIA  
DO HOSPITAL FERREIRA MACHADO EM CAMPOS DOS  
GOYTACAZES/RJ (2014 – 2018)**

**LUISY SOARES MELCHIADES**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, do Centro de Ciência do Homem - CCH da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, na área de Estado, Sociedade, Meio Ambiente e Território, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.D.<sup>ra</sup> Joseane de Souza

**CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ  
MAIO – 2019**

ASPECTOS SÓCIOHISTÓRICOS DA TUBERCULOSE: UMA ANÁLISE DOS  
DETERMINANTES SOCIAIS DE PACIENTES DA CLÍNICA DE TISIOLOGIA DO  
HOSPITAL FERREIRA MACHADO EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ (2014 –  
2018)

LUISY SOARES MELCHIADES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais do Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Professora Doutora Joseane, de Souza - Presidente/Orientadora  
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

---

Professor Doutor Rodrigo da Costa Caetano - Examinador  
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF

---

Professora Doutora Vera Lúcia Marques da Silva– Examinadora  
Faculdade de Medicina de Campos - FMC

Dedico este trabalho aos trabalhadores cidadãos brasileiros, que sempre lutaram arduamente por meio dos movimentos sociais para que as políticas sociais fossem instituídas ao longo de nosso processo sócio histórico. Nada nos foi dado, tudo foi construído e conquistado com muita luta.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao pai Oxalá, criador do mundo e dos seres humanos pela perfeição em tudo o que existe nessa vida. Por traçar meus caminhos de modo tão perfeito e à minha mãezinha Iemanjá, que sempre me acompanhou nessa trajetória, me consolando e aconselhando em cada momento.

Agradeço meus pais por sempre se esforçarem para me fornecerem uma educação de qualidade na medida do possível, em um país tão desigual. Agradeço minha família de modo geral por sempre me apoiarem e incentivarem para que eu tivesse confiança e disposição de seguir esse trajeto tão árduo que é a pós-graduação.

Agradeço aos meus amigos pelo mesmo e por me oferecerem apoio não somente psicológico, mas físico para que eu pudesse passar diversos finais de semana dedicada aos estudos.

Agradeço especialmente o meu namorado Ivo Quintanilha que nunca me abandonou, principalmente nos últimos meses, extremamente turbulentos para meu sistema emocional, sempre me apoiando, elogiando e me auxiliando em diversas questões, quando eu mais precisei.

Agradeço aos profissionais Dr. Abdon Luiz Gonçalves Nanhay e Dra. Cynthia Dumas Viveiros por me atenderem tão profissionalmente em momentos de desespero me auxiliando da melhor maneira possível no que se refere às minhas demandas físicas e sociais.

Agradeço a todos os profissionais que compõem a comunidade universitária fazendo com que a universidade pública caminhe sempre em direção ao desejado oferecendo ensino público, gratuito e de qualidade.

Agradeço às instituições de fomento à pesquisa CAPES e FAPERJ, que contribuíram para a minha formação na pós-graduação de modo a garantir uma melhor condição de acessos a bens e oportunidades aos quais eu não teria se não fosse pelas bolsas.

Agradeço a todos os profissionais do Hospital Ferreira Machado que possibilitaram a minha paixão pela área de saúde bem como da clínica de fisiologia para a elaboração desta dissertação, a partir da pesquisa realizada junto ao serviço social.

## SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS .....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	IXX
ÍNDICE DE TABELAS E QUADRO.....	X
RESUMO .....	XI
ABSTRACT .....	XII
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	XIII
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA BRASILEIRA A PARTIR DE 1930 .....	4
1.1. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL DE 1930 A 1990.....	4
1.2. CONCEITOS E CONCEPÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL (1930 – 1990).....	16
1.3. O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	21
CAPÍTULO 2: TUBERCULOSE – DA POLÍTICA PÚBLICA AOS ASPECTOS SOCIAIS.....	25
2.1. AS POLÍTICAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL.....	25
2.1.1. O ATUAL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL .....	33
2.2. AS POLÍTICAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE ADOTADAS EM CAMPOS DOS GOYTACAZES .....	37
CAPÍTULO 3: O TRATAMENTO E CONTROLE DA TUBERCULOSE EM CAMPOS DOS GOYTACAZES .....	42
3.1. CLÍNICA DE TISIOLOGIA DR. DÉCIO LOBO DE AZEVEDO – HOSPITAL FERREIRA MACHADO .....	42
3.2. ANÁLISE DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA TUBERCULOSE EM CAMPOS DOS GOYTACAZES: MATERIAIS, MÉTODOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	44
3.2.1. DETERMINANTE - HIV/AIDS .....	47
3.2.2. DETERMINANTE - TABAGISMO.....	51

3.2.3. DETERMINANTE - DEPENDÊNCIA QUÍMICA .....	53
3.2.4. DETERMINANTE - SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DA LIBERDADE .....	55
3.2.5. DETERMINANTE – POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA .....	57
3.3. DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA OCORRÊNCIA DA TUBERCULOSE EM CAMPOS .....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	64
REFERÊNCIAS .....	68

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....	17
Figura 2. Conselhos úteis publicados no Almanaque da Liga Brasileira contra a Tuberculose em 1928.....	29
Figura 3 - Centro de Referência Augusto Guimarães em Campos dos Goytacazes.....	38
Figura 4 – Hospital Ferreira Machado em Campos dos Goytacazes.....	39
Figura 5 – Distribuição espacial da ocorrência da tuberculose em Campos dos Goytacazes (2014 – 2018).....	60
Figura 6 – Incidência da tuberculose nos bairros a partir a área social Campos dos Goytacazes.....	62



**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Mortalidade proporcional segundo causas. Brasil, 1930 a 2004 .....	6
Gráfico 2 – Taxa de incidência (por grupo de 100 mil habitantes) da tuberculose no Brasil, de 1990 a 2015.....	32
Gráfico 3 – Pirâmide etária dos pacientes internados na clínica de tisiologia do HFM entre 2014 e 2018.....	45
Gráfico 4 – Doenças oportunistas no momento da notificação de casos de AIDS em indivíduos com 13 anos e mais, município do Rio de Janeiro, 1985-2005. ....	49
Gráfico 5 – Faixa etária dos pacientes com HIV/Aids em tratamento da tuberculose no Hospital Ferreira Machado entre 2014 e 2018.....	50

**ÍNDICE DE TABELAS E QUADRO**

Tabela 1: Determinantes sociais da tuberculose, segundo o sexo do paciente (2014-2018) .....	47
--	----

## RESUMO

O Brasil destaca a tuberculose como um problema prioritário de saúde pública a partir do plano nacional de controle formalizado pelo Ministério da Saúde. Neste sentido, trata-se de uma das doenças mais antigas do mundo com intensa ligação com as condições de vida que os indivíduos possuem. O Hospital Ferreira Machado, localizado no município de Campos dos Goytacazes/RJ conta com a Clínica de Tisiologia Dr. Décio Lobo de Azevedo para o tratamento da tuberculose em caráter de internação. O objetivo deste trabalho é apresentar como se caracterizaram as políticas de saúde no que se refere ao enfrentamento da tuberculose no Brasil desde o século XX para compreender como a política de controle dessa doença se estrutura nos dias de hoje, analisando as condições de saúde a partir do conceito de determinação social, concepção utilizada nos estudos sobre saúde coletiva após o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira especificamente a partir da década de 1990. Referente à metodologia, foi realizada revisão bibliográfica para analisar as mudanças sociais relacionadas às condições de saúde da população ao longo das décadas para compreender o padrão de morbi-mortalidade. Para a construção do perfil dos pacientes com tuberculose internados na clínica de Tisiologia do Hospital Ferreira Machado entre 2014 e 2018 foi realizado o levantamento do número de internações por essa causa no hospital, no período delimitado. E para a efetivação do levantamento, foram realizadas visitas ao hospital, no setor de Serviço Social com a finalidade de consultar os registros dos pacientes internados no período estipulado, obtidos pela assistente social que atuava na clínica e sistematizados nas fichas e relatórios sociais. Após a construção do perfil dos pacientes internados verificou-se a partir da análise qualitativa, os determinantes sociais para evidenciar as formas de contágio mais recorrentes ao grupo pesquisado bem como a distribuição espacial da ocorrência da tuberculose em Campos dos Goytacazes. Para verificar as ações de controle da tuberculose adotadas pelo município de Campos dos Goytacazes/RJ, foi realizada uma pesquisa documental a partir do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil para identificar as ações e competências das unidades de saúde responsáveis pelo controle da tuberculose, elaborado pelo Ministério da Saúde.

**Palavras-chave:** Tuberculose, Determinação Social, Políticas Sociais, Saúde.

### ABSTRACT

Brazil points to tuberculosis as a priority public health problem based on the national control plan formalized by the Ministry of Health. In this sense, it is one of the oldest diseases in the world with an intense connection with the conditions of life that individuals possess. The Hospital Ferreira Machado, located in the municipality of Campos dos Goytacazes / RJ, has the Dr. Décio Lobo de Azevedo Clinic of Tisiology for the treatment of tuberculosis (hospitalization). The objective of this work is to present how the health policies were characterized in regard to the confrontation of tuberculosis in Brazil since the 20th century to understand how the policy of controlling this disease is structured today, including health conditions from the concept of social determination, a concept used in studies on collective health after the Brazilian Sanitary Reform Movement specifically from the 1990s. Regarding the methodology, a bibliographic review was carried out to analyze the social changes about health politics in Brazil over the decades to understand the morbidity and mortality pattern. For the construction of the profile of patients with tuberculosis hospitalized at the Ferreira Machado Hospital Tisiology clinic between 2014 and 2018, a survey was made of the number of hospitalizations for this cause in the hospital within the defined period. In order to carry out the survey, visits were made to the hospital, in the Social Work sector, in order to consult the records of patients hospitalized during the stipulated period, obtained by the social worker who worked in the clinic and systematized in the records and social reports. After the construction of the inpatients profile, we verified the social determinants to evidence the most recurrent forms of contagion in the studied group, as well as the spatial distribution of the occurrence of tuberculosis in Campos dos Goytacazes. To verify the tuberculosis control actions adopted by the city of Campos dos Goytacazes / RJ, a documentary research was carried out from the Manual of Recommendations for the Control of Tuberculosis in Brazil. tuberculosis, prepared by the Ministry of Health.

**Key words:** Tuberculosis, Social Determination, Social Policies, Health.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**TB – TUBERCULOSE**

**SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**HFM – HOSPITAL FERREIRA MACHADO**

**PCT – PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE**

**BCG – BACILO CALMETTE GUÉRIN**

**DOTS/TDO – DIRECTLY OBSERVED TREATMENT SHORT-COURSE/  
TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DE CURTA DURAÇÃO**

**DST – DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL**

**RAS – REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

## INTRODUÇÃO

Segundo a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health), existem desigualdades estruturais presentes na sociedade que influenciam significativamente na vida dos indivíduos interferindo nas suas condições e modos de vida. Neste sentido, a tuberculose se caracteriza ainda nos dias de hoje como um problema de saúde pública, apesar de haver uma política estruturada direcionada ao seu controle no Brasil.

O conceito de determinação social da saúde nos faz compreender as razões que mantém essa doença ainda nos dias de hoje como um problema importante sobre as condições de saúde no Brasil. Tal fato não se relaciona somente com a aquisição da doença em si, mas uma análise aprofundada sobre uma relação de causalidade das condições estruturais da sociedade que influenciam na vida dos indivíduos e geram determinantes sociais que contribuem para as condições de saúde.

As discussões que perpassam os significados de saúde e doença são analisadas a partir do contexto histórico, social, cultural e econômico de um país. No Brasil, entre as décadas de 1930 e 1990, quatro conceitos de saúde foram evidenciados, o mais recente é o da determinação social, tido como resultado da Reforma Sanitária Brasileira e conseqüentemente a criação do SUS bem como as conquistas sociais presentes na Constituição Federal de 1988, com a definição de saúde como:

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, S/P).

A partir do exposto, pode-se compreender que a doença é construída socialmente, ou seja, o modo de produção capitalista instaurado na sociedade contribui para o adoecimento dos sujeitos e, cada sujeito ou grupo social, de acordo com sua posição social e modo de vida tem uma maior ou menor exposição a alguns fatores, tidos como determinantes do processo saúde-doença.

O problema central da pesquisa pode ser expresso a partir da seguinte pergunta: Por que a tuberculose apesar da redução dos casos ao longo dos anos ainda se mantém presente na sociedade como um problema de saúde pública? Além disso, os indivíduos que contraíram tuberculose possuíam condições socioeconômicas semelhantes?

Vale ressaltar que todos os pacientes pesquisados estavam internados no Hospital Ferreira Machado, ou seja, na unidade hospitalar referente ao tratamento da tuberculose. Portanto não se considera os pacientes que realizaram tratamento na unidade ambulatorial terciária (programa municipal) em Campos dos Goytacazes e nem os pacientes que advieram a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio da atenção básica.

No primeiro capítulo do trabalho, as questões abordadas são históricas e conceituais. Neste sentido, analisaremos a transição epidemiológica no Brasil a partir da década de 1930, para visualizar e compreender as diferenças das causas de morte por doença que afligiam o país em um determinado período histórico. Além disso, identifica-se a existência de quatro conceitos e compreensões de saúde entre o período de 1930 a 1990: biomédico, bem-estar, multifatorial e determinação social da saúde sendo este último, a teoria que embasa este trabalho na análise do objeto.

O movimento de redemocratização brasileira se apresenta como fundamental na análise histórica das políticas sociais instauradas no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, portanto, abordamos o Sistema Único de Saúde como uma conquista social e democrática, porém se constituindo de um dos resultados de uma longa luta ao longo dos anos, caracterizada como Movimento de Reforma Sanitária.

No segundo capítulo, apresenta-se as políticas de controle da tuberculose no Brasil ao longo dos anos, especificamente a partir da década de 1930 até chegar nos dias de hoje. Após discorrer sobre os enfrentamentos do Estado a essa demanda social de saúde pública, analisa-se os principais fundamentos e princípios que norteiam as ações identificadas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose, para por fim, discorrer sobre as políticas de controle da tuberculose no município de Campos dos Goytacazes a compreender as ações objetivadas pelo Ministério da Saúde a partir do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil realizadas pelas instituições competentes.

Nesse aspecto, o terceiro e último capítulo apresenta a pesquisa qualitativa e os resultados obtidos a partir das visitas realizadas no setor do Serviço Social do Hospital Ferreira Machado utilizando os dados preenchidos pela assistente social que atuava na clínica de tisiologia. Realiza-se a partir do exposto uma discussão da tuberculose como uma doença socialmente construída, apresentando e analisando os determinantes sociais que mais incidem na vida dos 181 pacientes pesquisados.

Portanto, a presente pesquisa buscar reforçar a importância de estudos sobre saúde coletiva, tuberculose e determinantes sociais utilizando o olhar a partir das políticas sociais, tendo foco principal na identificação e análise dos determinantes sociais incidentes na vida dos pacientes pesquisados e as ações traçadas pela política pública de saúde, identificando os fatores que contribuem para que a tuberculose se mantenha ainda nos dias de hoje como um problema de saúde pública apesar de haver uma política de controle estruturada pautada sobretudo na universalização do acesso aos serviços, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde.



## **CAPÍTULO 1. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA BRASILEIRA A PARTIR DE 1930**

O primeiro capítulo tem como objetivo analisar As mudanças sociais referentes às condições de saúde da população brasileira a partir da década de 1930 identificando o padrão de morbi-mortalidade da sociedade brasileira e suas variáveis relacionando-as com as políticas de saúde estabelecidas em cada momento histórico. Além das políticas, destacam-se as concepções e conceitos de saúde estabelecidos em cada período, contribuindo assim, para uma visão ampliada dos significados que envolvem o processo saúde-doença.

### **1.1.AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL DE 1930 A 1990**

Este item tem por objetivo discorrer sobre as políticas de saúde estabelecidas em cada momento histórico brasileiro no período entre 1930 a 1990 para analisar a complexidade das políticas públicas e de que forma se dá suas alterações, diretamente ligadas ao próprio contexto político, econômico e social.

Para analisar essas mudanças, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre a temática da transição epidemiológica para compreender os padrões de morbi-mortalidade comparando as causas de mortes por doença da década de 1930 e nos dias de hoje, para buscar compreender a relação entre modos e estilos de vida de uma sociedade em um determinado momento com as condições de saúde de uma população.

A transição epidemiológica possibilita a compreensão de variáveis que estão envolvidas nos padrões de morbi-mortalidade. Sendo assim, Abdel Omran foi professor de epidemiologia na Escola Saúde Pública na Universidade da Carolina do Norte e, em 1971 declarou sua concepção e teoria de transição epidemiológica, caracterizada como um processo de mudanças no padrão de mortalidade e adoecimento (independente das causas). Deste modo, nos estudos sobre epidemiologia Omran se caracteriza como fundamental na compreensão sobre transição epidemiológica e mudança desses padrões.

Essa transição ocorre no tempo e relaciona-se à mortalidade, morbidade e invalidez, tende a indicar quais características de uma determinada sociedade que estão relacionadas ao sistema de saúde e às condições de saúde da população que contribuem para a formação de padrões epidemiológicos que podem ocorrer juntamente com outras transições, como por exemplo, a demográfica.

Neste sentido, a transição epidemiológica no traz uma contribuição para compreender como se caracterizam as políticas de saúde no Brasil de 1930 a

1990. Entretanto, existem autores que consideram e afirmam que no Brasil não houve o processo de transição epidemiológica. Laurenti (1990) por exemplo, nos traz a contribuição de esse processo apresenta a incidência ou prevalência de determinadas doenças em um determinado momento, além das causas de mortes. Neste caso, considerando essa concepção, é possível pensar que o Brasil experimenta de uma transição epidemiológica peculiar, com suas características não podendo ser fielmente comparada com esses processos experimentados em outros países. A escolha da delimitação deste período para análise se justifica a partir das mudanças intensas na sociedade brasileira por conta dos regimes políticos e suas transições podendo abordar as diferentes definições e compreensões de saúde verificadas ao longo deste período.

Para compreender como se estruturam as políticas de saúde no Brasil é necessário realizar uma contextualização histórica, dividida em alguns períodos. O primeiro a ser analisado caracteriza-se como o governo de Getúlio Vargas (1930 a 1945).

Anteriormente à Constituição Federal de 1988, a saúde não era tida como direito comum aos cidadãos brasileiros. Como este período é caracterizado, no contexto sócio histórico como fundamental para (a partir das ações de governo) a industrialização do país, havia necessidade, por parte da população urbana que os serviços de saúde se amplificassem e contemplassem a real demanda dos brasileiros.

A prioridade na saúde do governo getulista era a medicina previdenciária, pois, contava com a contribuição dos trabalhadores que tinham condições para tal. Entretanto, com o fluxo migratório do âmbito rural para o urbano, a área urbana foi sofrendo alterações significativas ligadas ao espaço, seu novo contingente, etc. Ou seja, questões sanitárias ganhavam vigência pela necessidade de saneamento básico que a população necessitava.

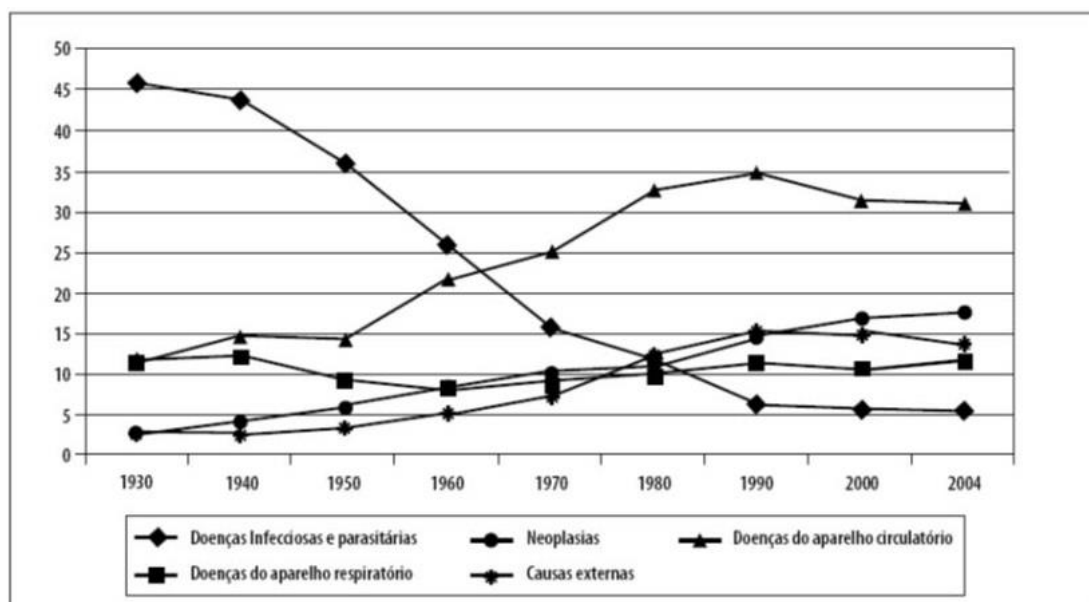
O cenário sanitário comprometia a saúde do trabalhador que vivia em condições precárias. Nesse aspecto, como já mencionado anteriormente, as campanhas sanitárias foram verificadas a partir da década de 1930. Estas se davam de modo autoritário, como exemplo, alguns doentes dependendo se acometidos de doenças infectocontagiosas eram privados de conviver socialmente e fazia parte do “tratamento” a condição de isolamento, a reclusão.

A saúde ainda era tida como responsabilidade do próprio indivíduo, sendo tratada de forma unitária:

A adesão massiva ao raciocínio e práticas biomédicas tem a ver com as supostas soluções - muitas vezes, em realidade, meramente paliativas por não agirem nas causas propriamente ditas - precisamente por se concentrarem nas 'partes' de um sistema ou de um processo que, na sua essência, são bem mais complexos (BARROS, 2002, p. 75).

O padrão de morbi-mortalidade é um indicador que leva em consideração a interação de vários fatores como culturais, sociais, ambientais, etc. A definição de Omran sobre transição epidemiológica apresenta um perfil de mudança de causas de morte em um determinado momento histórico para outras causas, em outro período determinado/estudado. O gráfico a seguir demonstra as doenças responsáveis pelo índice de mortalidade no Brasil entre 1930 e 1950, destacando-se as doenças infecciosas e parasitárias:

**Gráfico 1 - Mortalidade proporcional segundo causas. Brasil, 1930 a 2004**



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações de Mortalidade.

Outro estudo sobre a mesma temática apresenta números semelhantes, afirmando que, no Brasil, na década 1930, as DIPs (doenças infecto-parasitárias) correspondiam cerca de 45,7% do total de óbitos, caindo em 1986, para 8%, ao mesmo passo que, as DCV (doenças cardiovasculares) correspondiam a 33,5% dos óbitos no mesmo ano (BARRETO et al., 1993, p.132).

O Brasil apresentava em seu cenário, no início do mandato de Getúlio Vargas, atraso econômico, carência de políticas sociais que pudessem sanar ou controlar as

desigualdades sociais existentes e precárias condições de vida da população. Todo esse cenário rebatia nas condições de saúde da população, que, enfrentava problemas fruto do quadro sanitário vigente. Como Hochman (2005, p. 129) expõe, a febre-amarela por exemplo, ameaçava a capital do país bem como os portos por onde chegavam os imigrantes, a malária se espalhava pelo interior, a hanseníase e a tuberculose continuavam sendo a doença mais grave no que se refere ao controle sanitário.

Sendo assim, o Ministério da Educação e Saúde Pública foi criado em 1930 dando início ao movimento sanitarista, inserida em uma perspectiva de reforma administrativa. Entretanto a criação desse ministério, não significou alteração na estrutura das políticas oferecidas (HOCHMAN, 2005, p.130), mas apenas a “incorporação do já existente Departamento Nacional de Saúde Pública”.

Ao fim da década de 1930, especificamente em 1937 foi criada a Lei n. 378 de 13/01/1937 que resultou na divisão do território brasileiro em oito regiões com o objetivo similar à descentralização. Neste sentido, cada região contaria com uma delegacia (Delegacia Federal de Saúde) que supervisionava atividades e ações tomadas no que se refere aos serviços de saúde. A reforma que tinha como propósito “nacionalizar” tal ministério, ampliando e fortalecendo a atuação do poder federal, “reafirmava que a saúde pública deveria atuar privilegiando as doenças infecto-contagiosas, que atingiam a totalidade da comunidade nacional e não grupos específicos” (HOCHMAN, 2005, p. 135).

Considera-se que as ações tomadas neste período getulista apresentaram avanços no que se refere às políticas de saúde iniciando um processo contínuo de transformação das políticas públicas no país:

Em primeiro lugar, o Serviço Nacional de Tuberculose proporcionou a primeira aproximação entre os Institutos de Aposentadoria e Pensões com o campo da saúde pública, das práticas assistenciais e curativas individualizadas com a medicina preventiva de corte coletivo. Seria o reconhecimento da inviabilidade de tratar uma doença fortemente presente entre os trabalhadores urbanos a partir de orientações, instituições e profissionais diferentes. Esse encontro entre ações preventivas-educativas e práticas curativas foi lento e demorado. Do ponto de vista institucional, a unificação da saúde pública com a assistência médica previdenciária só ocorreria no início da década de 1990 (HOCHMAN, 2005, p.137).

As ações públicas nesse período vislumbravam a partir da década de 1940, a criação de serviços nacionais de saúde com um caráter mais universalista se comparado

com o modelo em vigência até então (restrita e focalizada). Neste momento, o Estado estava voltado para a “criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente para as do campo” (BRAVO, 2013).

O almejado crescimento econômico através da industrialização ocorreu e a sociedade brasileira foi se desenvolvendo juntamente com a ampliação da classe trabalhadora unida ao surgimento de algumas políticas sociais que pudessem atender às reais demandas da sociedade brasileira.

O primeiro período caracterizado como redemocratização brasileira (1945-1964) configurou ao cenário do país grandes mudanças políticas, econômicas e sociais. Neste sentido, a partir de 1945, o Estado brasileiro “assumiu traços próximos aos do denominado Estado de Bem-Estar social<sup>1</sup>, aumentando os gastos estatais na área social” (BRAVO, 2013, p. 140). A precariedade das condições de trabalho das classes subalternas<sup>2</sup> e o aumento da desigualdade social impactavam diretamente no adoecimento da população nos aspectos físicos e psicológicos. Inicia-se um pensamento que utilizava a relação de causa e efeito em relação ao processo saúde e doença, ou seja, relacionava as condições de vida dos indivíduos com sua condição e saúde.

Entretanto, mesmo com a saída de Vargas do poder, alguns movimentos sociais pressionavam o Estado para que, ao menos mantivessem os direitos sociais conquistados durante os governos anteriores. Neste momento, o Brasil sofre influências da economia internacional. Até então, as necessidades das políticas de saúde nacionais dividiam sanitaristas entre os que utilizavam por base a realidade nacional e os que se baseavam nas técnicas e métodos estrangeiros utilizados por outros países, como os Estados Unidos. Sendo assim, o Brasil “apresenta ideias de seguridade social que são amplamente discutidas no cenário internacional ao final da II Guerra Mundial” (Cunha & Cunha, 1998).

Cada vez mais as más condições de vida da população ficavam visíveis e as questões de saúde, emergentes. Neste sentido, não havia possibilidade de sanar tais questões a partir das instituições, o que ocasionou no plano estrutural um impasse nas políticas de saúde (LUZ, 1991, p. 80). Neste sentido, a autora afirma que pelo fato da

---

<sup>1</sup> Um Estado de Bem-Estar Social é entendido como “institucionalidades capazes de intervir nos processos de produção e distribuição da riqueza” e protege os indivíduos contra o que limita a sua capacidade de atender as necessidades fundamentais” (WOLF & OLIVEIRA, 2016, p.663).

<sup>2</sup> O termo subalterno é utilizado pelo Serviço Social para descrever “as condições de vida de grupos e camadas de classe em situações de exploração ou destituídos dos meios suficientes para uma vida digna” (SIMIONATO, 2009, p. 42).

sociedade ter passado por um desenvolvimento em termos estruturais, os problemas de saúde antigos, que assolavam a população, se tornaram neste momento mais “claros” e visíveis, percebido como um impasse estrutural. Logo, algumas medidas seriam tomadas, havendo uma

Proposta pelo grande movimento social do início dos anos 60 no país, liderado e conduzido pelas elites progressistas que reivindicavam 'reformas de base' imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente e conseqüente. Mas a reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964" (Luz, 1991, p. 81).

O Brasil neste momento, especificamente após 1964 com o golpe militar, apresentava

Desarticulação da participação social [...] em um progressivo processo de endurecimento político, [...] o período foi marcado pela abertura da economia ao capital estrangeiro, acompanhada da contenção de salários e proibição de greves, [...] os direitos dos opositores do sistema foram cassados, e o sistema político foi reformulado com a criação do bipartidarismo (PAIVA 2014, p.17).

Com a instauração de um golpe militar chefiado pelas Forças Armadas Brasileiras tentaram silenciar as forças democráticas populistas, herança dos governos anteriores. O regime ditatorial imposto pelo militarismo antidemocrático proporcionou diversos entraves para os direitos sociais. Logo, destacam-se as repercussões desse regime nas políticas de saúde, que ao longo do tempo vinham ganhando visibilidade a partir de algumas conquistas. Deste modo,

A política econômica e o forte arrocho salarial operaram intensa concentração de renda que resultou no empobrecimento da população. E esta situação se refletiu no crescimento da mortalidade e da morbidade. É quando ocorrem as epidemias de poliomielite e de meningite, sendo que as notícias sobre esta última foram censuradas nos meios de comunicação, em 1974." (CEFOR, 2000, s/p).

Neste âmbito, após a tomada do poder dos militares, um dos primeiros ministérios e instituições que sofreram cortes foi o de saúde, com a redução das verbas destinada a essa área. “Apesar da pregação oficial de que a saúde constituía um 'fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico', o Ministério da

Saúde privilegiava a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo” (BERTOLLINI FILHO, 1996, p.64).

Trata-se de um período de autoritarismo e privatizações, pois, como havia grande demanda da população por medidas de saúde (por meio da ampliação das consultas médicas, etc), e, a incapacidade do Estado em investir os ganhos econômicos públicos com essas políticas, houve um investimento e financiamento da rede privada pela previdência social. A partir de tais demandas, as principais orientações no que se refere à política sanitária durante esse contexto histórico brasileiro (milagre econômico na ditadura militar), foram:

O elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos - já parcos - tradicionalmente destinados aos serviços públicos (LUZ, 1991, p. 82).

O fenômeno do milagre econômico no Brasil durante a ditadura militar proporcionou um crescimento econômico para, sobretudo às altas e médias classes do país. Entretanto, o modelo que permitiu que esse crescimento ocorresse, também foi responsável por gerar contradições. O processo de industrialização que o Brasil passou nos governos anteriores, apresentou uma desproporcionalidade dos departamentos industriais devido à dependência externa de produtos considerados especializados e de alto custo para produção e que, deviam ser importados por conta da incapacidade de o Brasil produzir.

Nessa perspectiva é possível relacionar o grau de desenvolvimento de um determinado país a ser medido pelos índices de saúde, por exemplo. De acordo com as ideias de Bresser-Pereira, em um país, sobre seu desenvolvimento, o crescimento da produtividade depende não só da acumulação do capital, mas também de investimento unido ao progresso técnico que por sua vez, dependem da qualidade das instituições formais e informais (políticas, leis, práticas sociais). Ou seja, quando a sociedade é capaz de conformar essas instituições e as políticas, há aumento da probabilidade que as taxas de desenvolvimento sejam mais altas (BRESSER-PEREIRA, 2006, p.2).

Considerando essa análise, mesmo com o crescimento econômico obtido nesse momento histórico, não é possível considerar que o Brasil se desenvolveu, pois, o desenvolvimento de uma nação implica considerar os âmbitos: político, econômico e social.

Segundo Escorel (2008, p. 385) neste período, o crescimento econômico era usado para mascarar a falta de liberdade produzindo o aumento da desigualdade social. Sendo assim, esse modelo de modernização experimentado pelo Brasil se baseava em “incremento financeiro governamental com a infraestrutura econômica e forte redução nas políticas sociais”.

Um fato importante a ser destacado referente às políticas de saúde neste período, em 1968 o Ministério da Saúde tinha como intenção de medida, o Plano Nacional de Saúde que tinha como principal meta vender todos os “hospitais governamentais à iniciativa privada, deixando ao Estado o papel de financiar os serviços privados que seriam também parcialmente custeados pelos pacientes” (ESCOREL, 2008, p. 386).

Ao longo do tempo, alguns segmentos da sociedade brasileira começaram a se movimentar, questionar e demonstrar sua insatisfação com as condições dadas. Neste processo, lutou-se pela formulação de um projeto nacional de saúde que tivesse um caráter que contemplasse a real face brasileira, uma vez que, havia a necessidade de enfrentamento por parte do Estado frente às demandas sanitárias e sociais. O Estado brasileiro não respondia as demandas da saúde pública de modo eficaz:

A aceleração do processo de urbanização, a ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação, a acumulação de capital industrial, próprios dessa economia em expansão, todos esses aspectos faziam com que a sociedade demandasse políticas sociais capazes de dar conta dos problemas mencionados, sobretudo os de saúde (LIMA, A. L. G. S. de e PINTO, M. M. S; 2003, p. 1044).

Transformações institucionais aconteceram a partir de determinadas ações do governo afetando diretamente o âmbito econômico, provocando: o controle da emissão de moeda, redução do déficit público, elevação de impostos, bem como a política de contenção salarial. Considerando as reformas institucionais, algumas propostas eram barradas por leis e foram destituídas pelo governo autoritário vigente, que tinha como principal objetivo trazer mudanças institucionais radicais, demonstrando grande



“liberalismo econômico que não era acompanhado de liberalismo político e democracia representativa” (REGO; MARQUES, 2013, s/p). Esse projeto foi criticado devido a valorização e “fortalecimento dos grandes oligopólios e ao aprofundamento da desnacionalização da economia”.

Tais fatores contribuíram para que tensões inflacionárias se amplificassem proporcionando diversas mudanças incluindo o aumento de salários e aumento dos preços. Foi no governo de Geisel que o II Plano Nacional de Desenvolvimento foi implantado, retomando a perspectiva adotada pelo governo de Getúlio Vargas que era de investimento no desenvolvimento de áreas específicas; a intenção era evitar que os chamados pontos de estrangulamento da economia ocorressem e impedissem a economia de crescer.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento foi uma resposta do governo militar para tentar sanar os déficits e crise ao qual o Brasil estava passando por conta do subdesenvolvimento promovido pela dependência do capital e produtos externos. A proposta era superar a crise da dívida externa, romper com a dependência de importações, manter os níveis de crescimento alcançados durante o milagre econômico e ampliar a capacidade fabril nacional. Era necessário que houvesse uma mudança estrutural que mantivesse o crescimento econômico industrial.

O governo federal apoiaria as empresas estatais a produzirem os bens juntamente com o mercado através das empresas privadas. O incentivo do Estado a esse projeto consistiria em transferir fundos públicos via Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico para o setor privado nacional (empresas de bens de capital, ligadas a setor de construção, consumo, máquinas, equipamentos, construções e instalações industriais). Nesse sentido, o sucesso desse plano dependeria de um grande volume de investimento de longo prazo e para analisar a questão dos prós e contras desse plano de desenvolvimento, deve-se levar em conta que foi possível dominar todo o ciclo de produção industrial, porém, para ser colocado em prática foi necessário um grande financiamento externo o que gerou um “boom” da dívida externa. Portanto, a crise da dívida externa do Brasil na década de 1980 se deu a partir do objetivo de crescimento econômico à custa do financiamento externo para que houvesse o milagre econômico.

Após falência do modelo econômico experimentado durante a ditadura militar, no período intitulado de redemocratização brasileira não cessou a mobilização por parte da sociedade civil, engajada na mudança social tão almejada. “A reorganização do país em direção a um Estado de direito desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa” (LUZ, 1991, p. 84). Após esse momento, o movimento sanitarista apresenta um ponto importante que impulsionaria algumas mudanças a partir de então. O fato é que, de um lado, havia o esforço para romper com o modelo vigente, pois o setor privado era responsável pela maioria das instituições e por outro lado, havia uma forte tendência à popularização e democratização do atendimento médico, para que também as camadas mais desfavorecidas fossem contempladas.

Uma das grandes conquistas obtidas pela sociedade brasileira ocorreu na década de 1980 com a nova Constituição Federal em 1988, possibilitando grandes avanços sociais, por conseguinte o rompimento com o modelo antigo de saúde, garantindo as conquistas sociais após intensa organização e luta. Foram concretizadas ações democráticas:

A Constituição de 1988, ao romper com este modelo assumindo os direitos sociais como universais, portanto, como atributos da cidadania a serem garantidos pelo Estado, introduziu o princípio da equidade, através do qual se desvinculava a proteção da contribuição pretérita, remetendo-a à esfera da necessidade e ao valor básico da igualdade (FLEURY, 1994, p. 44).

A Assembleia Nacional Constituinte aprovou então a nova Constituição Federal que, pela primeira vez, incluía a saúde como dever do Estado e direito de todos, o que se caracterizou com um grande avanço para a história do país.

O SUS que se dá como fundamento legal a partir de 1988 com a Constituição Federal e regulamentado pela lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, dispendo sobre as condições para a proteção, promoção e recuperação da saúde, bem como, a organização dos serviços nos níveis federal, estadual e municipal, garantindo a saúde como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal de 1988 atrelou às políticas estabelecidas dentro do tripé da seguridade social com o conceito de cidadania, garantindo ao povo brasileiro, no caso

da saúde, o direito e o acesso aos serviços pautadas no caráter do SUS: “universal, público, participativo, descentralizado e integral” (PAIM, 2013, p. 1928).

Nessa perspectiva, o Estado tem o dever de assegurar saúde aos cidadãos pois como mencionado anteriormente, a universalidade é um dos principais princípios que regem esse sistema. A partir de todo contexto sócio histórico abordado até então, essas novas ferramentas trouxeram um grande avanço no que se refere a estruturação das políticas sociais no Brasil com bases democráticas, considerando os 21 anos de ditadura militar: trata-se de uma grande conquista democrática fruto de intensas lutas e articulações.

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas [...] avanços foram possíveis graças [...] a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social (SANTOS, 2008, p. 2010).

Esse projeto público de inclusão social considera a participação da sociedade nas políticas de saúde fazendo-se necessária pois como tanto a constituição federal como o SUS foram conquistas sociais obtidas por diversas lutas e movimentos sociais, a participação da sociedade nessas questões representa uma prática democrática. Portanto:

Faz-se necessária a participação da sociedade, em uma discussão aberta, democrática e verdadeiramente participativa para solucionar tais problemas (...) Políticas de inclusão social precisam ser desenvolvidas para proporcionar melhores condições de vida e, conseqüentemente, de saúde à população, diminuindo assim a violência (...) É a partir do nível comunitário e local que se constrói um ambiente político para que se possam enfrentar e até mesmo solucionar as desigualdades em saúde de um país (Silva *et.al.*, 2009, p. 427).

Entretanto, a conquista do SUS não pode ser vista como um fim, pois a luta é constante para que esse sistema e suas ações sejam de fato efetivas. A universalidade não é o único princípio pautado nesse sistema, mas também há equidade, a integralidade além da busca pela qualidade dos serviços ofertados aos usuários da política pública de saúde. Não se trata de um sistema acabado, finalizado, existem ainda hoje muitas dificuldades verificadas na prática, existem por exemplo as

iniquidades que se mantêm no acesso aos serviços de saúde e contribuem para a manutenção das desigualdades encontradas nas populações mais vulneráveis.

Se levarmos em consideração os princípios pautados nesse sistema, de que maneira é possível compreender essa questão no Brasil, se um dos princípios é a equidade? Há grande esforço para que esta se efetive mediante princípio de universalização, mas, como a estrutura social, política e econômica se mantêm, é difícil conseguir êxito.

As condições sociais desiguais geram desigualdades em saúde. Esta temática é ampla e possui diversas abordagens no que tange à compreensão dos determinantes sociais da saúde. A Comissão dos Determinantes Sociais enfatiza algumas ações para tratar este problema social a começar pela melhoria das condições de vida cotidianas, ou seja, é visto que as desigualdades se apresentam na vida dos indivíduos desde muito cedo, como na escola, por exemplo. Portanto, as circunstâncias pelas quais as pessoas nascem, vivem, crescem, ditam a sua condição de saúde e, para que esta condição mude, é necessário que se organize os determinantes de modo a compreender a influência que cada um proporciona na vida de cada grupo social distinto. Esse processo de melhoria das condições de vida se daria mediante alguns processos e um deles trata-se da questão da determinação geográfica quando há a afirmação de que, locais saudáveis possibilitam pessoas saudáveis.

A década de 1990 se caracterizou para diversos países um grande marco para a saída de crises e a possibilidade de um desenvolvimento econômico. De acordo com os balanços gerais da União e Conta Consolidada do Gasto Social, em 1999, apontou que de 1989 a 1993 o gasto federal com a saúde reduziu em termos extremos. Em função deste fato, propiciou-se a deterioração das condições de saúde da sociedade brasileira, aumentando as desigualdades que permeiam por este âmbito.

Alguns estudiosos citam o termo “sucateamento” dos serviços públicos deste período quando foi observado, não somente na área da saúde, mas outras como educação e assistência, uma queda de investimentos e não somente isto, mas, a retirada de verbas das políticas sociais em vistas do desenvolvimento econômico.

Segundo Laurell (1995), é fato que o projeto neoliberal institui aos países que os adota, a tendência de diminuir o papel do Estado frente às políticas públicas. O argumento de “Estado mínimo” traz-nos uma reflexão: mínimo para quem, a que

custas, máximo para quem? Neste caso, sabe-se que, mínimo para o social e máximo para o mercado e é nessa perspectiva que se finda o chamado sucateamento dos serviços públicos e a incidência cada vez maior dos serviços privados.

Nos dias de hoje há uma intensa luta para manutenção dos mínimos direitos sociais conquistados com a instituição da chamada constituição cidadã no ano de 1988. Deste modo, há de se compreender que todas as políticas públicas se caracterizam como extremamente fundamentais em um Estado democrático de direito, a partir da concepção de que no regime democrático, o povo de uma nação é soberano. Entretanto, o contexto histórico ao qual o Brasil demonstra relacionado aos investimentos sociais é imbuído de intensas lutas por parte da sociedade brasileira mediante movimentos sociais. O SUS não se caracteriza como um fim alcançado, é necessário lutar pela sua efetivação, visando o cumprimento da própria legislação.

## **1.2. CONCEITOS E CONCEPÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL (1930 – 1990)**

Este item tem como objetivo apresentar os conceitos de saúde evidenciados em determinados períodos da história brasileira, compreendendo a saúde como um direito ligado a vários outros. Deste modo, para compreender como se estabelece o processo saúde-doença, é necessário estar atento à análise dessas variáveis, como exemplo, os significados de saúde que, em cada momento histórico, é compreendido de uma forma.

Nessa perspectiva é possível considerar que o processo saúde-doença é construído socialmente, levando-nos a pensar: o que faz com que, ao longo do tempo, as causas mortis variem em uma determinada sociedade? Quais são os fatores que contribuem para que essas mudanças ocorram? Certamente, as condições de vida dos sujeitos. Dito de outra forma, as condições, os estilos de vida, a estruturação das políticas públicas entre outros aspectos, contribuem e ditam o grau de exposição e riscos de indivíduos adquirirem alguma doença. Trata-se da determinação social da saúde.

Deste modo, considera-se que a sociedade a partir das relações sociais e os estilos de vida dos indivíduos contribui para determinar as condições de saúde, como demonstra o esquema proposto por Dahlgren e Whitehead (1991):

**Figura 1 - Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead**



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)

Fhael (2007) considera que, a determinação das condições de saúde, possui caráter multidimensional, ou seja, extrapola a condição material à medida que os determinantes interagem e influenciam na vida dos sujeitos de geração em geração. Logo, a desigualdade em saúde baseia-se no fato de que existem, desigualdades no acesso, na compreensão e nas formas de lidar com a saúde, diferindo-se entre indivíduos de grupos sociais com condição socioeconômica, gênero, idade, raça, etnia e território distintos.

A doença é construída socialmente, e, portanto, é possível observar que há incidência de alguns perfis de certos grupos sociais sobre algumas doenças. Porém, é importante destacar que, o estudo dos determinantes sociais traz implícita a concepção de que os determinantes vão além do condicionamento, eles determinam a condição de saúde do indivíduo, porém aliados a uma série de outros fatores que únicos e isolados não têm poder de determinar uma condição geral de saúde.

Para analisar a compreensão de saúde dada atualmente é necessário compreender o contexto sócio histórico brasileiro evidenciado no item anterior, portanto, apresenta-se neste item, a relação entre a contextualização histórica sobre a saúde no Brasil e os conceitos de saúde ao longo destes períodos (1930 – 1990), apontando a vinculação entre os mesmos. Neste sentido, e para iniciar a discussão, é válido destacar que:

Antes da criação do SUS, o Estado brasileiro era omissivo com relação à saúde da população. Na realidade o que se pensava era que o próprio indivíduo deveria cuidar da sua saúde. Só havia uma intervenção estatal em casos graves que não pudessem ser resolvidos pelo próprio cidadão ou que representasse um risco de epidemia à população ou a economia (PAIM, 2009, S/P).

Como o Estado só intervia em casos especiais, haviam surtos de doenças que colocavam em risco a saúde da população, principalmente trabalhadora que trabalhavam em condições insalubres sem vínculo de trabalho formal. O Estado era responsável somente pela “criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo” (BRAVO, 2001, p. 3). Entretanto, as demandas não eram respondidas de maneira eficaz pois a raiz dos problemas de saúde estava diretamente relacionada com as condições sociais e econômicas da população, destaca-se sobre esse contexto, a questão das condições de trabalho, que comprometiam o cenário sanitário influenciando na vida dos trabalhadores.

A solução do Estado foi começar a organizar campanhas sanitárias voltadas para as classes trabalhadoras para amenizar a situação da saúde pública por volta da década de 1930. Os indivíduos que estavam com doenças contagiosas, eram isolados do meio social, impedidos de conviver socialmente a fim de evitar que a doença se espalhasse. De acordo com Braga e Paula (1986, p. 53-55), a partir de 1935, essas campanhas “(...) constituíram-se no elemento central das ações em saúde pública no Brasil, com seu aspecto de vigilância (...)”.

Neste período, a saúde era vista como responsabilidade do próprio indivíduo com uma percepção culpabilizadora:

A adesão massiva ao raciocínio e práticas biomédicas tem a ver com as supostas soluções - muitas vezes, em realidade, meramente paliativas por não agirem nas causas propriamente ditas - precisamente por se concentrarem nas 'partes' de um sistema ou de um processo que, na sua essência, são bem mais complexos (BARROS, 2002, p. 75).

Referente ao processo saúde-doença, há diversas concepções que envolvem o conceito de saúde. Ao longo da história, o que instituíam qual concepção era válida eram os estudos sobre saúde, as necessidades do coletivo além do pensamento social daquela sociedade. Na década de 1930, de acordo com Moreira (2013), a noção de saúde era

vinculada ao modelo biomédico, vendo o corpo separado da mente e como uma máquina, sendo a doença um defeito em uma ou mais de suas peças.

Trata-se de uma compreensão culpabilizadora do indivíduo, pois sua condição de saúde é tida e tratada exclusivamente por meio de uma relação dele com si mesmo, algo unitário. Essa concepção, vigente durante muitos anos e ainda vigorosa nos dias atuais (por meio de novas roupagens), restringe-se aos aspectos físico-biológicos da doença, característica central do modelo biomédico, e está centrada no sujeito.

A partir de 1945, o Estado brasileiro “assumiu traços próximos aos do denominado Estado de Bem-Estar social, aumentando os gastos estatais na área social” (BRAVO, 2013, p. 140) e nesse aspecto, as alterações políticas, econômicas e sociais proporcionaram mudanças significativas para a sociedade. Por exemplo, em 1948 a OMS avança, em 1948 ao compreender a saúde como:

[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade – é um direito fundamental, e que a consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS, 1976, S/P).

Começa-se a notar uma relação de causa e efeito no que se refere a precarização da vida social e os níveis alarmantes de adoecimento da população. Neste sentido, o conceito biomédico perde sua centralidade dando visibilidade a um novo conceito, um pouco mais ampliado que o anterior abandonando a visão mecânica individual passando a ser mais abrangente, considerando outros aspectos que antes eram descartados. Esta concepção se deu na percepção de que há fatores sociais que interferem no processo saúde-doença, ou seja, as condições/modos de vida dos sujeitos impactam na relação saúde-doença.

Não há como mudar a saúde dos indivíduos sem transformar, de alguma forma, a realidade em que vivem, portanto, há de se considerar que a saúde é produzida no meio social, portanto, o conceito de saúde vigente em cada período histórico brasileiro é relacionado com as condições de saúde da sociedade. A partir de então, é necessário que se compreenda como se estrutura as políticas de saúde no Brasil e visualizar essas questões que estiveram presentes na história referente aos próprios serviços ofertados à sociedade brasileira bem como as demandas da mesma.



A partir da década de 1960 o Brasil sofreu mudanças significativas no âmbito da saúde interferindo nos próprios serviços, ou seja, questões que foram contribuindo para que mais tarde, houvesse uma organização buscando mudanças efetivas que deveria condizer com as reais necessidades da sociedade brasileira.

Contudo, já na década de 1980, especificamente no ano de 1986, a ocorrência da VIII Conferência Nacional da Saúde proporcionou grandes avanços, pois o novo conceito de saúde afirma que, o sistema capitalista influencia diretamente nas condições e modos de vida dos indivíduos. Esse conceito nomeia-se multifatorial pois afirma que há múltiplos fatores sociais, políticos e econômicos que influem nas condições de saúde da sociedade, caracterizando o que determina ou não a relação saúde-doença. Como exemplo tem-se as condições de trabalho, moradia, alimentação, educação e acesso aos demais serviços.

Esta concepção ampliada rompe então com o caráter individualista, que antes, culpabilizava e responsabilizava os próprios indivíduos por suas condições de saúde. Portanto compreende a saúde a partir de uma visão macro em que não estão incluídos a sociedade, o Estado, as políticas e a avaliação da oferta de serviços.

Não era suficiente somente analisar e compreender a conjuntura social do país, mas também buscar bases para a formulação de um novo sistema e neste sentido, não somente o conceito multifatorial ganhou destaque, mas também o da determinação social da saúde. Os problemas que se relacionavam ao processo saúde-doença dos indivíduos começaram a ser vislumbrados como problemas estruturais e que determinavam os modos de vida destes para além do seu estado físico-biológico. Esse conceito é ainda mais ampliado que o multifatorial e gerou intenso debate ao compreender que o processo de adoecimento dos sujeitos, embora tenha repercussões e se manifeste na singularidade, é determinado socialmente.

Há uma ideologia por trás desse pensamento, pois “a concepção da determinação social da saúde é considerada o fundamento científico da Reforma Sanitária Brasileira” (FLEURY, 2009, S/P). Embora os dois conceitos tenham emergido durante esse movimento, o da determinação social da saúde atribuiu criticidade sobre a problemática de que o próprio sistema contribui para o adoecimento da sociedade:

Reconhecer que o processo saúde-doença é determinado socialmente traz implícita uma posição sobre o modelo societário que o produz e a escolha de uma referência teórica para explicar sua gênese e determinação (NOGUEIRA, 2011, p. 55).

A partir deste conceito, é possível analisar e compreender os diversos determinantes sociais que se expressam nas condições de vida dos indivíduos. Neste sentido, ao final da VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde ficou definida como:

Uma questão social, econômica, política e, acima de tudo, um direito humano fundamental [...] proporcionar condições de saúde para todos implica desafiar interesses poderosos, resistir à globalização e mudar drasticamente as propriedades políticas e econômicas (NOGUEIRA, 2011, p. 67).

A partir do estudo da determinação social da saúde, verifica-se que há incidência de determinantes específicos em certos grupos sociais, aos quais poderão ser identificados nos resultados da pesquisa realizada no capítulo 3 deste trabalho.

A partir de como se estrutura a sociedade, o que se tem é a divisão dela em classes sociais e essa divisão delimita e dita o grau de exposição que determinada classe ou grupo social terá a cada doença, determinado por seu estilo de vida e mais ainda, as condições de vida fruto da relação capital-trabalho, instituídas na ordem do capital. Ou seja, o risco de adquirir alguma doença dependerá de determinantes que incidem sobre o indivíduo.

### **1.3.O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**

Um dos principais movimentos que contribuíram para a mudança das políticas de saúde no Brasil que foi o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira. A saúde é produzida no meio social a partir dos modos de vida, dos serviços oferecidos e do pensamento social da sociedade. Este item discorre sobre de que forma os movimentos sociais em um determinado período da história brasileira foram cruciais para que as políticas de saúde fossem estruturadas a partir da transformação social e política.

Existem autores que consideram que este movimento teve início durante a ditadura militar, surgindo pelo desejo de determinadas categorias (como por exemplo os sanitaristas) em lutar por melhores condições sociais e políticas ligadas não somente ao âmbito da saúde, mas considerando diversas questões que direta ou indiretamente interferiam nas condições de saúde da população:

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços (AROUCA, 1998, S/P).

Nesse aspecto, a década de 1970 foi marcada por diversos movimentos sociais e o que chama atenção é o início de um movimento que não somente lutava pela mudança do modelo de saúde, mas estava engajado em lutar pela mudança da realidade social, de uma maneira ampla.

No que se refere às políticas de saúde no Brasil, destaca-se a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social em 1974 tendo como principal foco, a centralização de um modelo clínico assistencial e curativista. A partir de então, pode-se falar em Movimento de Reforma Sanitária uma vez que, não possui uma data específica, não se caracteriza como um movimento pontual e específico. Portanto, pode-se compreender que este movimento foi sendo construído e representando os interesses da população sobre as reais demandas sociais em saúde. Logo, muitos autores tendem por considerar que foi um movimento que surgiu a partir da década de 1960 por conta do contexto sócio histórico brasileiro.

No final da década de 1970 e no início da década de 1980, o Brasil enfrentava intensa crise econômica como abordado na seção anterior. A questão social<sup>3</sup> agravada neste momento contribuiu para o fortalecimento então dos movimentos sociais.

O movimento contou com a união entre estudantes, profissionais da saúde e a população de modo geral para formularem propostas que contemplassem sua real necessidade. Entretanto, vale ressaltar que a

---

<sup>3</sup>Segundo Iamamoto (1999, p. 27), a Questão Social pode ser definida como: O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

intenção não se restringia à esfera da saúde, mas tinha um objetivo amplo, visando a democracia e mudanças no cenário social. Apresentavam-se propostas, reivindicando seus direitos e denunciando as inconsistências e atos contrários aos que devidos. “Um aspecto importante, nesse momento, foi o processo de mobilização dos profissionais de saúde em torno dos interesses coletivos, que se ampliou no período, com a conquista das entidades representativas” (BRAVO, 1996, p. 55).

Os questionamentos e movimentos sociais observados neste momento possibilitaram o desejo para a construção de uma nova realidade, que contemplaria afinal as demandas da sociedade brasileira, de fato, com um cunho mais democrático, participativo, etc. A então mudança social almejada contribuiria para uma sociedade mais justa e igualitária. Este período é caracterizado na história como um momento de abertura política, pois, ao fim recente do regime ditatorial militar, a instauração de um então regime democrático representou um avanço significativo para toda a nação, contribuindo para que medidas mais democráticas fossem tomadas. Neste momento, a saúde estava articulada com o princípio da democracia, com participação de novos atores, que estavam engajados a lutar por uma causa mais ampla que setorial.

Um grande marco do Movimento de Reforma Sanitária foi a ocorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 trazendo uma nova conceituação da saúde, com uma concepção mais ampla: como um direito de todos, e resultado de fatores do âmbito econômico, social e estrutural. Nesta conferência, foi sistematizado um conjunto de proposições que vinham sendo formadas. Trata-se, portanto, de uma ideia de reforma que implicava em um conjunto de ações. Essa compreensão foi seu marco e ali se consolidou a ideia do projeto atual do SUS, reforçando o direito à saúde e a reorganização do setor saúde para suprir as demandas.

Considera-se que esse evento se caracterizou como um grande avanço, a partir de uma proposta ideológica com legitimidade política. A importância deste evento se traduziu quando a comissão levou à assembleia o relatório final, conceituando a saúde como:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o

resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, S/P).

O Movimento de Reforma Sanitária brasileira resistiu às desigualdades e à tendência do aumento da mercantilização dos serviços de saúde, proporcionando novos rumos à saúde no Brasil. Baseou-se, portanto, na insatisfação com o modelo de saúde vigente até então, estava diretamente voltado à reivindicação das atuais condições sociais, buscava-se a reforma sanitária e pretendia-se democratizar a saúde sabendo também que para isso, havia a necessidade de democratizar a sociedade. Paim (2007) aponta para essa questão ao afirmar que o movimento traz como proposta “um projeto de reforma social concebida originalmente como reforma geral visando a revolução do modo de vida” (p. 38).

O direito à saúde construído neste período contemplava um modelo democrático e participativo, o que foi obtido a partir da constituição de 1988. Trata-se de “um processo de resistência contra as linhas abissais e parte de uma articulação latino-americana de saúde pública/ medicina social e a nascente saúde coletiva, na perspectiva de tecer um pensamento pós- -abissal em escala global”. (SOUTO & OLIVEIRA, 2016, p. 207). A utilização do termo abissal refere-se ao caminho de destino para o âmbito das políticas sociais no pós-ditadura se não houvesse esse processo de intensificação dos movimentos sociais, um abismo.

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira tem sido objeto de estudo na área que, da década de 1970 era denominada de medicina social e hoje, saúde coletiva (COHN, 1989, p.3). Esse movimento lutou pela formulação de um projeto que alterasse as condições dos serviços de saúde ofertados até então. Nesse aspecto, apesar dos ganhos sociais, a partir da Constituição Federal com a instituição do SUS, algumas doenças ainda persistem apesar dos serviços de saúde se caracterizarem como direito de todos, pois, relacionam-se com outros aspectos, além da oferta e acesso aos serviços, que é o caso da tuberculose.

## **CAPÍTULO 2: TUBERCULOSE – DA POLÍTICA PÚBLICA AOS ASPECTOS SOCIAIS**

Esta seção aborda a tuberculose enquanto doença socialmente construída, apresentando suas bases políticas além da questão biológica e social, sendo possível compreender além da sua origem, o seu desenvolvimento de acordo com as circunstâncias, que são as repercussões dos âmbitos político e econômico sobre o social, a partir das inequidades sociais evidenciando as políticas de enfrentamento.

### **2.1. AS POLÍTICAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL**

Neste item, objetiva-se descrever como se dá o enfrentamento da tuberculose a partir de políticas públicas de saúde no Brasil analisando suas variáveis, pois a partir do conceito de determinação social da saúde, a doença pode ser compreendida e analisada de uma maneira diferente e não somente unilateral, pelo viés biomédico. Portanto descreve-se as respostas a esta demanda desde o século XX.

A tuberculose é uma das doenças mais antigas do mundo. Durante o século XVIII estima-se que os casos de tuberculose aumentaram considerando o contexto sócio histórico mundial com influências como a ocorrência da própria Revolução Industrial, que proporcionou grandes avanços técnicos para aumento de produção e avanço do capitalismo. Entretanto, as condições de trabalho eram precárias:

O “boom” causado pelas novas descobertas no âmbito tecnológico na produção fabril impulsionou milhares de pessoas a se manterem em condições insalubres de trabalho uma vez que, as oportunidades se encontravam na área urbana. No âmbito do trabalho o que havia eram mulheres e crianças trabalhando em ambiente precário, em péssimas condições no interior das fábricas, eram destituídos de direitos trabalhistas e com remuneração extremamente baixa (SILVA, 2009, S/P).

Por ser uma doença infectocontagiosa, as condições de vida gerais de uma determinada sociedade em um determinado momento ou período histórico, o contágio se dá rapidamente, podendo se tornar um problema social. Como já mencionado no capítulo anterior, no Brasil já no século XX por volta da década de 1930, o conceito e modelo de saúde vigente na sociedade era o biomédico, ou seja; a condição de saúde dos sujeitos era vista como responsabilidade do próprio, desresponsabilizando o Estado no que se refere à elaboração de políticas públicas da área de saúde para tratar e sanar

alguns problemas de saúde que também são questões sociais, assim como o controle da tuberculose.

Neste sentido, de acordo com Gonçalves (2000, p. 304), a grande preocupação com a propagação da tuberculose estava pautada em ações que modificavam o cenário social urbano, como o pensamento de destruir os cortiços, pois estes eram “vistos como mantenedores, propagadores e acumuladores de sujeira e perigo social, antro de doenças, pessoas perigosas e locais onde ocorriam as conspirações contra o governo”. Apesar da gravidade que a tuberculose possa ter enquanto doença infectocontagiosa presente na sociedade, não se configurava como epidemia.

Sendo assim, a tuberculose é tratada e representada socialmente desde o século XIX como a doença do ‘mal social’. Gonçalves afirma que, no Brasil as representações sociais do “tuberculoso” estavam sempre vinculados e relacionados diretamente com os imigrantes, que trariam para cá, essa doença, podendo se distinguir até mesmo fisicamente, valorizando-se a questão da estética que segundo (Sontag, 1984, p. 39), influenciou diretamente os padrões europeus de comportamento social a partir da distinção.

Só se começou a pensar em estratégias mínimas de intervenção sobre a tuberculose quando descobriram no fim do século XIX o que causava essa doença – neste caso – o Bacilo de Koch. Trata-se de um micro-organismo que pode se instalar em diversas partes do corpo; entretanto, o órgão de manifestação mais comum são os pulmões, causando a tuberculose pulmonar. Neste caso, a contaminação é direta e dada pelas vias aéreas, ou seja, através da fala, tosse e espirro.

Não somente no Brasil, mas em um cenário geral, segundo Gonçalves (2000, p. 306) a medicina higienista relacionava as doenças infectocontagiosas com os ambientes insalubres, à questão das condições de trabalho, de alimentação e nos modos de vida dos sujeitos. Os higienistas que tinham essa visão, de que a condição econômica e social dos tuberculosos se relacionavam diretamente com sua condição de saúde através da medicina, começaram a pensar em ações de intervenção com uma concepção de higienização social que tentava “reeducar” as classes populares. Portanto buscava-se enfrentar tais demandas com um discurso de “moral, costumes e higiene” vindo de uma classe superior. Mesmo com esse pensamento, a tuberculose é uma doença cujo tratamento nos dias de hoje é intenso e rigoroso no que se refere ao uso dos medicamentos.

Logo, pensando no contexto histórico citado não era possível que ideias mais liberais pudessem influenciar no trato com esta doença neste momento, pois como já visto no capítulo anterior, a forma como a sociedade lida com determinada questão de saúde pública em um determinado momento depende de diversos fatores, tais como político, econômico e social. Então, a forma como a questão da tuberculose foi tratada neste período, condiz com o pensamento social daquela sociedade.

No fim do século XIX, a sociedade reconheceu que as medidas adotadas até então contra a tuberculose, não eram suficientes para nem mesmo controlá-la. Então, os tuberculosos passaram a serem vistos como um “mal social”, uma “maldição” que não era possível de ser controlada, unindo um repúdio com a marginalização desse grupo, tidos como perigosos (Guillaume, 1988).

Ao início do século XX, a ideia de culpabilização do indivíduo por sua condição de saúde ganha força ao mesmo tempo que a medicina preventiva. Neste período, no Brasil foram criados sanatórios e dispensários responsáveis no tratamento desta doença, eram instituições filantrópicas que tinham intuito de reduzir a incidência da tuberculose. Em 1900 a Liga Brasileira Contra a Tuberculose foi criada e constitui-se como um marco importante representando o início do enfrentamento dessa doença com ações mais profissionais. Neste sentido, os médicos higienistas preocuparam-se com o alto índice de mortalidade que a doença causava neste momento e a partir da corrente científica e da moralidade iniciaram um processo civilizador, instituindo no tratamento não somente o uso de medicações, mas também uma “assistência social”.

É importante destacar que os responsáveis por esse marco foram:

Médicos professores na universidade, tinham clínicas particulares, autores de artigos publicados em jornais e outros veículos destinados à população em geral, além de revistas médicas, e intelectuais. O cientista não participava da Liga, nem da universidade; ele estava ocupado com sua missão de controlar e erradicar as epidemias, autor de inúmeros artigos, voltados para a classe médica e gestores da saúde (NASCIMENTO, 2017, S/P).

As ações adotadas pela Liga Brasileira Contra a Tuberculose se dividem em três, segundo Ribeiro (1985, p.34): na fundação dos sanatórios, na fundação de hospitais específicos com isolamento dos tuberculosos em estágio avançado da doença e nos aconselhamentos vindos a partir da ciência médica e higienista, de cunho “educativo/disciplinador” na tentativa de frear a incidência.



Como não havia políticas públicas que pudessem de fato controlar, reduzir a incidência da tuberculose, a liga utilizava esses meios para intervir naquela realidade; tratava-se de uma rede assistencial que

Tendia não somente combater a doença, mas também difundir meios de prevenir a população. Em conformidade com as iniciativas preventivas e regeneradoras, sanatórios, dispensários, assistência domiciliária, preventórios foram criados, bem como um conjunto de medidas de propaganda e “aconselhamento úteis” a população (CAMARA, 2014, p.4).

Como essa questão não era preocupação do Estado, a liga caracterizou-se como um órgão responsável, representado por uma determinada classe para o enfrentamento dessa problemática. Ao longo do tempo, com as dificuldades estruturais (financeiras, materiais, etc), e a necessidade da participação do governo em elaborar ações para intervenção nessa questão social, o Estado passou a financiar a liga e o governo se sentiu “cada vez mais pressionado a empreender uma reforma na estrutura de saúde (em parte pela situação precária também no interior do país) e a assumi-la como uma questão social importante para o desenvolvimento da nação; isto só ocorreu em 1920” (GONÇALVES, 2000, p. 308).

Inaugura-se um novo período no que se refere a política pública de saúde no Brasil, pois em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, criado por Carlos Chagas, biólogo e médico sanitariano. A criação desse departamento foi uma estratégia utilizada pelo mesmo no intuito de “disciplinar” a sociedade brasileira proporcionando uma consciência sanitária à população, cumprindo um regulamento sanitário (ROSSI, 1991, p.83).

A partir da Reforma Carlos Chagas e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, alguns órgãos foram criados pelo governo para responder às demandas da saúde da sociedade. Neste contexto, destaca-se a Inspeção, que foi, segundo Nascimento (2017), responsável pelas ações de controle da tuberculose, sendo uma das primeiras ações, a criação de propagandas educativas elaborando por exemplo, cartazes que continham recomendações relacionadas a comportamento social, como observado abaixo:

**Figura 2 - Conselhos úteis publicados no Almanaque da Liga Brasileira contra a Tuberculose em 1928**



Fonte: Acervo da Fundação Atauilho de Paiva.

A princípio, essas foram as primeiras ações estatais de intervenção no controle da tuberculose no Brasil; mas somente na década de 1930 que o Estado de fato assume a responsabilidade sobre algumas questões sociais que se constituíam demandas emergentes na sociedade, como no âmbito da saúde, observados também no capítulo anterior.

Em 1927, a vacina BCG (Bacilo Calmette-Guérin) começou a ser utilizada no Brasil e mantida até hoje, sendo responsável por proteger contra as formas mais graves da doença. Em 1975, o Ministério da Saúde tornou obrigatória a BCG para as crianças entre 0 e 4 anos de idade.

Neste período ainda não havia medicamentos que combatessem especificamente o bacilo causador da doença. Logo, o poder médico ganhou legitimidade a partir de suas ações de campanhas; havia um propósito de controlar e tratar o intratável (GONÇALVES, 2000, p. 312). Alguns avanços foram obtidos neste período e contribuíram para a melhoria no atendimento dessa demanda. Em 1930, com a criação

do Ministério da Educação e Saúde Pública e com uma perspectiva de reforma administrativa, as ações do Estado se tornaram mais eficazes no enfrentamento dessas questões. Um marco de grande importância no tratamento foi o avanço tecnológico para diagnosticar a doença, que foi a radiografia de tórax, o exame de escarro e o teste tuberculínico (NASCIMENTO, 2017, s/p).

A década de 1940 iniciou-se com outra reforma das políticas direcionadas à área da saúde, a reforma Barros Barreto que com ações focalizadas e a descentralização de alguns serviços, buscava a eficácia e a efetividade das intervenções políticas (HIJJAR *et al.*; 2007, p. 52). João de Barros Barreto foi um médico que se tornou diretor do Departamento Nacional de Saúde em 1937 e tinha como objetivo contribuir para que a interiorização dos serviços fosse alcançada, buscava-se a verticalização das ações de saúde

Que seriam especializadas por enfermidade a ser enfrentada, coordenadas por um núcleo central que residiria no Ministério e implementadas de modo hierárquico nos estados e nos municípios. Com intervenções políticas nos Estados, autoritarismo e com crescentes limites constitucionais às autonomias estaduais, seriam removidos os obstáculos para a realização do ideal centralizador do movimento sanitarista (HOCHMAN, 2005, p. 131).

Nessa perspectiva, em 1946 a Campanha Nacional Contra a Tuberculose foi lançada considerada um grande feito logo após a reforma Barros Barreto. O Decreto-lei nº 9387 de 20 de junho de 1946 instituiu essa campanha, “sob a orientação e a fiscalização do Serviço Nacional de Tuberculose, do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde”. O intuito era que fosse distribuído por todo o território nacional, medidas de profilaxia, assistência, ensino, pesquisas, ação social e educação. É possível observar já a partir dessa campanha, o quanto a política de saúde, especificamente a de controle da tuberculose conseguiu avançar não somente considerando as ações em si, mas o próprio pensamento social.

A transição da década de 1940 para a 1950 apresentou um dilema, pois, da mesma forma que as ações sofreram grande avanço se comparado com as outras décadas, não havia a eficácia das ações de controle disponíveis, já que a medicação utilizada não propiciava a cura aos tuberculosos e conseqüentemente, a incidência não reduzia. Logo, em 1952 uma nova droga foi instituída no “regime terapêutico ofertado aos pacientes (...) e, num primeiro momento, considerada capaz de erradicar a doença”

(HIJJAR *et al*; 2007,p.53). Além disso, em 1959 um estudo de Fraga et al demonstrou que o índice de mortalidade causada pela tuberculose havia sofrido redução ao longo desses anos, porém não manteve a velocidade e junto à diversos fatores considerando o avanço tecnológico, o governo federal pressionou os governos para que apoiassem o programa da Campanha Nacional de Controle da Tuberculose. Então, em 1961, o programa objetivava uma intervenção voltada para

Ação dispensarial, visando a padronização dos métodos, sua expansão para o interior e o entrosamento efetivo dispensário-hospital; retomada da construção de hospitais e o aproveitamento de leitos dos hospitais gerais; emprego de unidades móveis; reabilitação do tuberculoso; desenvolvimento da cirurgia torácica; formação de recursos humanos; estímulo à pesquisa científica; reconhecimento do papel da quimioterapia (HIJJAR *et al*; 2007, p.54).

Após décadas fazendo uso de algumas drogas no tratamento da tuberculose, somente em meados da década de 1970 que o Brasil desenvolveu a quimioterapia antituberculose de curta duração, por 6 meses, proporcionando uma eficácia não experimentada até então. “O Brasil foi o primeiro país do mundo a padronizar o esquema de 6 meses na rede pública de saúde, com todas as drogas administradas via oral e distribuídas gratuitamente” (RABAHI et al, 2017, p. 474).

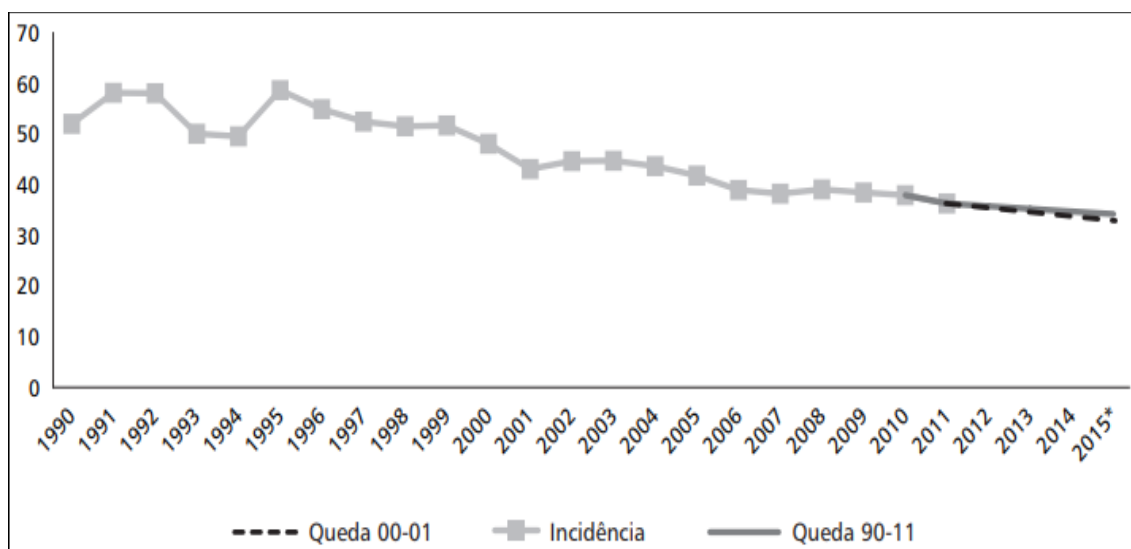
Como já visto no capítulo 1, a década de 1970 no Brasil foi marcada por diversos movimentos sociais e pelo início do Movimento de Reforma Sanitária brasileira o que afetou diretamente as políticas de saúde.

O documento do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, criado em 1998 afirma no anexo 4 referente à ação do Estado que, no início da década de 1980 as ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose tinham as seguintes características:

Coordenação e normas únicas em níveis federal e estadual; unidades de saúde integradas; atividades independentes do especialista no nível ambulatorial; esquema terapêutico de curta duração (seis meses); fornecimento gratuito e assegurado de medicamentos a todos os doentes descobertos; sistema de informação único e ascendente; extensão da vacinação, e um modelo de programação claro e objetivo. No entanto, tal esforço operacional e assistencial exigia uma concentração de recursos tecnológicos e de pesquisas, um sistema de avaliação adequado, a elaboração de material de ensino e o treinamento de recursos humanos, a padronização de normas, métodos de trabalho e de tratamento que pudessem orientar a Campanha com uniformidade e visão estratégica do problema (BRASIL, 1999, p. 122).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose foi criado na década de 1980 fornecendo “subsídios técnicos e operacionais às unidades de saúde, centralizando o tratamento da doença” (GONÇALVES, 2000, p. 315). A partir de então o controle sobre as ações incluindo a distribuição dos medicamentos passaram a ser responsabilidade somente do Estado. Nesse aspecto, o Brasil sofreu várias alterações ao longo dos anos no que se refere ao enfrentamento da tuberculose como um problema de saúde, perdeu-se ofocoda TB como uma doença emergente que ainda afetava várias pessoas. “o número de casos aumentou consideravelmente, a ponto de a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1993, declarar um Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose (Global TB Emergency) com repercussão mundial” (GONÇALVES, 2000, p. 317). Houve aumento da incidência da doença, como demonstrado abaixo:

**Gráfico 2– Taxa de incidência (por grupo de 100 mil habitantes) da tuberculose no Brasil, de 1990 a 2015**



Fonte: MS/Sinan e IBGE

Ao contrário dos anos anteriores, as unidades de saúde responsáveis pelo atendimento aos tuberculosos com serviços especializados e ampliação da equipe de profissionais contribuíram para a desestimulação da classe médica a escolher a tisiologia como especialização.

No ano de 1996, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária lançou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose que tinha como objetivo aumentar a

cobertura do programa de controle da TB em todo o país, melhoria da rede de laboratório, capacitação de recursos humanos, diagnosticar 90% dos casos, curar 85% dos novos casos descobertos, desenvolver ações políticas, etc. Os objetivos traçados neste plano se destinariam a 230 municípios prioritários para o controle da TB, de acordo com a incidência da doença.

Verifica-se a partir disso que o planejamento das ações para a área de saúde pública se apresenta extremamente mais avançada considerando a Constituição Federal de 1988 definindo a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos, além da instituição do Sistema Único de Saúde.

A partir da preocupação com os casos de TB no Brasil e no mundo (caracterizado como uma situação grave), o Plano Emergencial ampliou as ações de controle organizados em áreas e, com o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, responder demandas específicas. Nessa perspectiva, o Conselho Nacional de Saúde do ano de 1998 decidiu que, a partir do Plano Nacional o Brasil iria destacar a TB como um problema prioritário de saúde. Logo, medidas mais comprometidas com a realidade institui a partir desse plano, iniciativas com compromisso com a gestão ao estipular metas e traçando objetivos específicos.

### **2.1.1.O ATUAL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL**

Neste item, foi utilizado como metodologia a pesquisa documental a partir de dois documentos elaborados pelo Ministério da Saúde – o Manual de Controle da Tuberculose no Brasil e o Plano Nacional de Controle da Tuberculose para demonstrar as ações objetivadas pelo governo referente ao controle da TB bem como as orientações previstas para as esferas de governo com suas competências e instituições responsáveis para o tratamento dessas questões.

Com a descentralização como um dos princípios do SUS considerando a gestão e as políticas de saúde no país realizada pela União, estados e municípios, a objetivação do plano nacional enquanto ferramenta de planejamento estratégico orienta a gestão de um determinado local que tem autonomia e responsabilidade no contexto político e administrativo, “instrumentalizando as ações e não somente normatizando-as. Destaca-se nesse contexto a importância da função assessora de quem de fato operacionaliza as ações” (BRASIL, 1999, p. 34).

Deste modo, em 1998 a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment short-course*), em português, TDO (Tratamento diretamente observado), foi proposta no plano nacional estabelecendo novas diretrizes visando a descentralização e a “horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB, para o âmbito da atenção primária” (Sá, 2011, p. 3918).

Neste momento, o programa nacional visava a busca dos casos para que os diagnósticos pudessem ser realizados precocemente e o tratamento/controle da doença pudesse ser de fato, efetivado. Tratava-se de um:

Programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a atribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até ações preventivas e de controle do agravo. Isso permite o acesso universal da população às suas ações (BRASIL, 2008).

A estratégia DOTS/TDO é constituída por 5 questões. A primeira objetiva detectar os casos mediante baciloscopia<sup>4</sup> daqueles que buscam os serviços de saúde e que possuem os sintomas da doença. A segunda prevê a realização do tratamento padrão de curta duração (6 meses). A terceira estipula a distribuição regular e acompanhada das drogas utilizadas para o tratamento da tuberculose. A quarta considera o sistema do registro, da informação e avaliação do tratamento e por fim, estipula-seo compromisso do governo em manter a política de controle da TB como prioritária no que se refere às políticas de saúde (Sá, 2011, p. 3918).

A intenção do programa de controle da TB no Brasil é “reduzir a morbidade, mortalidade e transmissão da TB” (BRASIL, 2008). Para alcançar o objetivo geral, as ações são voltadas para a vigilância epidemiológica sendo importante salientar que essa estratégia foi recomendada em 1993 pela Organização Mundial da Saúde junto à Organização Pan-Americana da Saúde que já pensavam na incidência da doença no mundo propondo ações para que os países adotassem a partir de suas próprias demandas. Portanto, a elaboração do plano nacional para adoção da estratégia DOTS/TDO contemplou para o Brasil a recomendação desses órgãos.

---

<sup>4</sup>Nome dado ao exame de escarro a fim de constatar se o usuário está ou não bacilífero (condição pelo qual o tuberculoso elimina os bacilos causador da tuberculose pela tosse, fala ou espirro).

Considerando todas as políticas de controle da TB estabelecidas no Brasil até então, não há dúvidas de que o atual programa nacional de controle integra ações inovadoras, pois, comporta estratégias que seguem em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Neste sentido, a estratégia DOTS/TDO é também elaborada visando fortalecer a rede de atendimento à saúde articulando-se com outros programas, como por exemplo o de DST/Aids.

A descentralização dos serviços neste processo não considera somente os serviços especializados de controle da TB, mas privilegia medidas de controle para a Atenção Básica e para a Estratégia e Saúde da Família. Deste modo, o acesso aos serviços em teoria ampliar-se-iam para populações vulneráveis, servindo como porta de entrada.

De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, organizado em 2011 pelo Ministério da Saúde a partir da Secretaria de Vigilância em Saúde e pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica, o fato da TB se caracterizar ainda nos dias de hoje como um problema de saúde pública há exigência de que novas estratégias devem ser pensadas, promovendo a “equidade, garantindo o acesso aos pacientes, visando não apenas o seu atendimento e bem-estar, mas, em sentido mais amplo, a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS em suas diretrizes” (BRASIL, 2011, p. 166).

Verifica-se que a busca de casos, o diagnóstico precoce e o tratamento até a cura se apresentam como ações previstas pelo programa nacional de controle para alcançar o objetivo, que é “otimizar o planejamento e a avaliação das ações de controle da Tuberculose” a partir de dois componentes: a Atenção Básica (responsável pela prevenção, assistência e diagnóstico) e a Informação Estratégica (responsável pela Vigilância Epidemiológica, Monitoramento e Avaliação, Pesquisa, Desenvolvimento Humano e Institucional, comunicação e Mobilização Social, planejamento e orçamento).

A hierarquização das ações de saúde é preconizada pelo SUS e neste âmbito, distribui as competências pelas três esferas de governo havendo cada uma, responsabilidades estabelecidas no programa de controle e no manual de recomendações. As esferas se organizam de acordo com a complexidade, podendo ser medida, por exemplo, pela incidência da doença, seguindo as formas de “organização administrativa, política e/ou geográfica” (BRASIL, 2011, p. 167). Sendo assim, ações de controle da TB no Brasil são organizadas e divididas entre as três esferas



apresentando portas para o atendimento: as unidades da Rede de Atenção Básica, as unidades hospitalares e os ambulatórios.

A Rede de Atenção Básica deve ser a porta de entrada primária para os atendimentos do SUS e através da Portaria nº 648, de 2006, essas ações são orientadas pelos princípios da “universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social” (BRASIL, 2011, p. 172).

Referente às ações recomendadas pelo manual às unidades hospitalares há afirmação e que “nos médios e grandes centros urbanos, a porta de entrada para diagnóstico do doente de tuberculose é, muitas vezes, a urgência/emergência (PS e hospitais). Os hospitais se constituem importantes componentes da rede de assistência à tuberculose” (BRASIL, 2011, P. 180). Neste sentido, as ações de vigilância epidemiológica nas unidades hospitalares, tem início na porta de entrada dos próprios hospitais, contendo a promoção da coleta correta e o fluxo do exame de escarro para a realização precoce da baciloscopia, viabilizar diagnóstico laboratorial, entre outros (BRASIL 2011, p. 180).

Neste sentido, sobre a vigilância epidemiológica para a TB, o objetivo gerar é reconhecer a magnitude da doença e dos casos que dão entrada no hospital distribuindo os fatores de risco. As principais ações de vigilância organizados entre “Definição, investigação do caso e notificação, visita domiciliar a caso novo e convocação de faltosos, acompanhamento e encerramento dos casos” (BRASIL, 2011, p. 189).

Considerando as políticas de controle da TB no Brasil evidenciadas ao longo o tempo e verificadas no item anterior, desde quando o Brasil adotou o tratamento curto com o esquema de 6 meses, o processo de hospitalização perdeu o papel central no tratamento desta doença, recomendando-se que a realização prioritária do tratamento se daria em nível ambulatorial.

O manual de recomendações reconhece que em alguns casos particulares, o papel do hospital com ações de controle voltadas para a internação é fundamental no tratamento para os pacientes com comorbidades como por exemplo os pacientes portadores do vírus HIV/Aids, assim como os que se encontram em situação de privação da liberdade. A partir de então, o manual expõe e afirma que há problemas na porta de entrada prioritária na Rede de Atenção Básica, contribuindo para que a proporção de casos de notificados e tratados em hospitais seja muito maior do que o esperado em várias regiões do País (BRASIL, 2011, p.177); ou seja, há o

reconhecimento que existem falhas, mas não se especificam quais são e porque elas existem.

Por fim, outra unidade que apresenta ações de controle da TB são os ambulatórios – e referência secundária ou terciária, que será descrito no próximo item pois se tratar de um dispositivo existente no município de Campos dos Goytacazes.

Como toda política pública e neste caso, especificamente do âmbito da saúde, há o planejamento, monitoramento e avaliação da política de controle da TB, objetivando o desenvolvimento racional da atividade em saúde, o que proporciona obter êxitos a partir dos recursos disponíveis. Logo, o monitoramento e a avaliação de todas as funções exercidas devem ser realizados por todas as esferas de governo.

Considera-se que, apesar de ser uma política bem estruturada, o fácil acesso do paciente aos serviços se apresenta como um fator fundamental para o sucesso do programa nacional, uma vez que o diagnóstico recente contribui diretamente para o alcance da cura, além de ampliar e divulgação das instituições que oferecem as ações de controle.

## **2.2. AS POLÍTICAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE ADOTADAS EM CAMPOS DOS GOYTACAZES**

O município de Campos dos Goytacazes conta com as unidades de saúde que realizam as ações e controle da TB no município: as Redes de Atenção à Saúde, a unidade hospitalar e o ambulatório de referência terciária.

Uma das instituições que apresentam ações de controle da TB verificada no manual e existente no município e Campos dos Goytacazes, é o ambulatório de referência terciária, caracterizado como PCT – programa de controle municipal de controle da TB.

No que se refere à instância municipal, muitos municípios caracterizados como pequeno porte às vezes não possuem um programa municipal. Sendo assim, as funções “são acumuladas pelo responsável pelas Doenças de Notificação Compulsória – DNC ou por um profissional que acumule diferentes programas, muitas vezes o Programa de Hanseníase e/ou de DST/Aids” (BRASIL, 2011, p. 170).

Entretanto, no município de Campos dos Goytacazes, o PCT (Programa Municipal de Controle da Tuberculose) funciona anexo ao Hospital Geral de Guarus localizado na Estrada Santa Rosa, no Parque Santa Clara, sem número - Campos dos Goytacazes/RJ.

**Figura 3 - Centro de Referência Augusto Guimarães em Campos dos Goytacazes**



Fonte: [www.campos.rj.gov.br](http://www.campos.rj.gov.br)

Como o plano de controle nacional previa a participação dos estados e municípios considerando a descentralização e integração dos serviços, cada município tomaria por base as orientações previstas nesse plano e deveria desenvolver o seu programa municipal de controle da tuberculose (BRASIL, 1999, p. 37).

O Centro de Referência Augusto Guimarães (ou PCT) oferece diversos serviços e encerrou o ano de 2018 realizando mais e quatro mil baciloscopias, e acordo com o site a prefeitura municipal de Campos dos Goytacazes, foram cerca de 1.600 atendimentos em enfermagem, 4.000 consultas médicas, registrando 1.700 exames de raio x e cerca de 900 atendimentos realizados pelo serviço social que atua no programa. Deste modo, a instituição oferece atendimento de segunda a sexta-feira a partir das 07:00 a.m.

As competências dos ambulatórios de referência terciária recomendadas pelo manual são: garantir o tratamento supervisionado para todos os casos, oferecer o teste anti-HIV, realizar controle de faltosos além de notificar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (BRASIL, 2011, p. 175-176).

Pelo fato do município de Campos dos Goytacazes não apresentar uma unidade ambulatorial secundária, a unidade ambulatorial terciária que corresponde ao programa municipal comporta algumas ações que seriam competências desta, como atender pacientes com TB pulmonar com baciloscopia negativa e tuberculose extrapulmonar, com co-morbidades, abrangendo o noroeste e norte fluminense do estado do Rio de Janeiro.

Referente à unidade hospitalar, o Hospital Ferreira Machado a partir da Clínica de Tisiologia Dr. Décio Lobo de Azevedo conta com o processo e hospitalização para os pacientes com tuberculose que se encontram bacilíferos. As unidades hospitalares se caracterizam como importantes na rede de assistência e atendimento para o controle da TB. O hospital está situado à Rua Rocha Leão, número 2, no bairro Caju:

**Figura 4–Hospital Ferreira Machado em Campos dos Goytacazes**



Fonte: [www.google.com.br/maps](http://www.google.com.br/maps)

A clínica de tisiologia do Hospital Ferreira Machado possui 7 leitos divididos em duas alas: feminina (três) e masculina (quatro). Os pacientes que realizam o tratamento em caráter e internação e recebem alta hospitalar são encaminhados pela assistente social que atua na referida clínica ao centro de referência, o programa municipal, para a continuidade do tratamento em caráter ambulatorial até o alcance a cura, realizando consultas periódicas, realizando exames e adquirindo a medicação disponível na rede.

Ambas unidades identificadas acima recebem um considerável contingente de usuários buscando pelos serviços. Por parte do ambulatório, os dados obtidos foram os números divulgados pela página virtual da prefeitura municipal de Campos dos Goytacazes. Referente aos dados da unidade hospitalar, serão apresentados no próximo capítulo como os resultados da pesquisa realizada no setor do serviço social do hospital Ferreira Machado.

Sobre a responsabilização da Rede de Atenção Básica como porta de entrada, a hipótese é de que no caso do município de Campos dos Goytacazes se a rede fosse interligada e eficiente, a unidade hospitalar e o ambulatório de referência terciária não receberiam o grande contingente que recebem para a realização do tratamento, pois, atuaria com ações preventivas evitando que novos casos pudessem surgir.

As Redes e Atenção à Saúde (RAS) são fruto de uma organização envolvendo o Ministério da Saúde a partir da publicação da Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Neste âmbito, sobre a conceituação de RAS, sendo caracterizados como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010).

Neste contexto, a Atenção Básica se apresenta como um dos pontos principais de comunicação. Além disso, destaca-se a importância desta rede como fonte de comunicação priorizando uma atenção integral, a partir do cuidado multiprofissional (BRASIL, 2014, p.9).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011, s/p).

Entretanto, algumas dificuldades são destacadas no documento “Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS”, organizado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Atenção à Saúde, pois, apesar dos objetivos direcionadores, muitos são os desafios para que a rede consiga de fato efetivar as ações como destacado no documento, como exemplos: a criação de cultura e de práticas de trabalho em rede, financiamento ainda insuficiente para as necessidades, capacidade gestora ainda

insuficiente para o monitoramento dos processos, pactos regionais que visam muito mais a captação do recurso e pouca intervenção das práticas assistenciais, pactuação competitiva, implantação de regulação efetiva ainda como um processo frágil e burocrático, entre outros (BRASIL, 2014, p. 99).

Nessa perspectiva, considera-se que determinadas políticas de saúde, como as especializadas acabam sendo as principais portas de atendimento, como o caso das políticas e controle da tuberculose, é o caso do município de Campos dos Goytacazes.

### **CAPÍTULO 3: O TRATAMENTO E CONTROLE DA TUBERCULOSE EM CAMPOS DOS GOYTACAZES**

Esse capítulo tem como objetivo apresentar como se dão as ações de controle da tuberculose no município de Campos dos Goytacazes especificamente no que se refere ao tratamento em caráter de internação, a partir da unidade hospitalar para depois realizar uma discussão sobre a TB como uma doença socialmente construída, analisando os determinantes sociais que incidem sobre os pacientes internados na Clínica de Tisiologia do Hospital Ferreira Machado entre 2014 e 2018.

#### **3.1. CLÍNICA DE TISIOLOGIA DR. DÉCIO LOBO DE AZEVEDO – HOSPITAL FERREIRA MACHADO**

O objetivo deste item é compreender como se caracteriza o tratamento de tuberculose na Clínica de Tisiologia do Hospital Ferreira Machado em Campos dos Goytacazes/RJ. Neste sentido faz-se necessário realizar uma contextualização histórica.

O local, situado à Avenida XV de novembro, pertencia a Manoel Ferreira Machado e Olavo Cardoso, que, doaram o terreno de sua chácara para a Santa Casa de Misericórdia de Campos, para a construção do “Hospital do Tuberculoso” na década de 1940 após o prefeito de Campos, Salo Brand, solicitar à provedoria da Santa Casa para que fosse cedido o referido local.

O Hospital Ferreira Machado foi o nome dado em 29 de janeiro de 1951 ao que anteriormente era conhecido como Sanatório dos Tuberculosos. Foi inaugurado em 1952, fechado em 1975. Na gestão de Leonel Brizola como governador do Estado do Rio de Janeiro em 1987 sofreu uma reforma com a construção do primeiro pronto-socorro público no município de Campos e, em 1991 com a inauguração, o hospital passou a se dedicar ao atendimento de emergência tornando-se referência regional (FERREIRA & ALMADA, 2016, p.45).

Neste sentido, nos dias de hoje, a clínica de tisiologia deste hospital recebe o nome Dr. Décio Lobo de Azevedo, médico tisiologista que atuava no Hospital dos Tuberculosos e foi diretor da instituição, além da Faculdade de Medicina de Campos entre os anos 1973 e 1976.



O tratamento da tuberculose hoje em caráter de internação se dá hoje em Campos dos Goytacazes na referida clínica. Conta com 7 leitos sendo 3 da ala feminina e 4 da ala masculina, localizados no 4º andar do hospital. A clínica conta com uma equipe multidisciplinar com profissionais da enfermagem, técnico em enfermagem, assistente social, psicólogo (a), médicos e auxiliares.

Os casos de tuberculose que chegam ao Hospital Ferreira Machado estão em estágio avançado caracterizando-se como bacilíferos – condição da doença que, além dos pacientes estarem contaminados, estão contaminando, sendo recomendado a reclusão, internação por tempo indeterminado na clínica. Por se tratar de uma instituição pública, os pacientes não são obrigados e não se sentem nessa condição e podem abandonar o tratamento quando quiserem, o que contribui para o índice de evasão daqueles que possuem alguns determinantes sociais, tais como dependência química, comprometimento psiquiátrico e os que se encontram em situação de rua, por exemplo.

Nessa perspectiva, existe outro dispositivo na cidade no que se refere ao tratamento e ações de controle da tuberculose: o Programa Municipal de Combate à Tuberculose que funciona no Centro de Referência Augusto Guimarães que, também possui uma equipe multidisciplinar contando com médico, biólogo, assistente social, radiologista, técnico em radiologia, enfermeiro, técnico em enfermagem, e técnicos de laboratório atendendo aos pacientes cadastrados no programa.

No Programa Municipal de Combate à Tuberculose são realizados exames como o de escarro, RX do tórax e a prova tuberculínica. Os profissionais atuam atendendo às demandas diárias contabilizando cerca de mais de 300 pacientes sendo cerca de 200 novos casos por ano, no município. O caráter de atendimento do programa é ambulatorial, diferente da internação no Hospital Ferreira Machado.

Os pacientes que recebem alta médica da internação, são recomendados pela assistente social que atua na clínica de fisiologia a continuarem o tratamento no ambulatório, pois, a tuberculose é uma doença cujo tratamento até o alcance da cura dura cerca de 6 meses. Portanto, o programa municipal é responsável por realizar atendimento mensal aos pacientes cadastrados que estão em tratamento realizando a distribuição dos medicamentos dentre outras ações.



### **3.2. ANÁLISE DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA TUBERCULOSE EM CAMPOS DOS GOYTACAZES: MATERIAIS, MÉTODOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Este item apresenta de forma objetiva os resultados da pesquisa qualitativa, obtidos a partir das visitas realizadas no setor do Serviço Social do Hospital Ferreira Machado utilizando os dados preenchidos pela assistente social que atuava na clínica de tisiologia desta mesma instituição até o mês de agosto de 2018.

Para construir o perfil dos pacientes com tuberculose internados na clínica de tisiologia do HFM, em primeiro lugar foi realizado um levantamento do número de internações por essa causa no hospital. Neste sentido, as Fichas e Relatórios Sociais<sup>5</sup> contribuíram para a localização breve e menos burocrática dos dados referentes aos pacientes internados nas clínicas específicas.

Para a efetivação deste levantamento, foram realizadas visitas ao hospital, no setor de serviço social com a finalidade de consultar tais registros elaborados pela assistente social que atuava na clínica durante o período delimitado (2014 – 2018) contendo informações como idade, sexo, endereço, vínculo empregatício, condições de moradia, etc.

As visitas institucionais foram realizadas no hospital e aprovadas mediante termo de compromisso estabelecido entre a pesquisadora e a Fundação Municipal de Saúde entre 17/09/2018 a 31/01/2019. Este prazo poderia ser expandido caso necessário, porém foi suficiente para a aquisição e organização dos dados representando os determinantes sociais dos pacientes internados com tuberculose na clínica de tisiologia do Hospital Ferreira Machado.

A escolha do período deveu-se a ser a única sistematização disponível nos relatórios no setor do Serviço Social. A assistente social que atuava na referida clínica, já havia se aposentado do cargo quando a pesquisa foi iniciada, portanto, o último registro desta profissional foi no dia 23/08/2018. Deste modo, o período dos casos analisados foi de 11/11/2014 a 23/08/2018.

Após a construção do perfil dos pacientes internados verificou-se a partir da

---

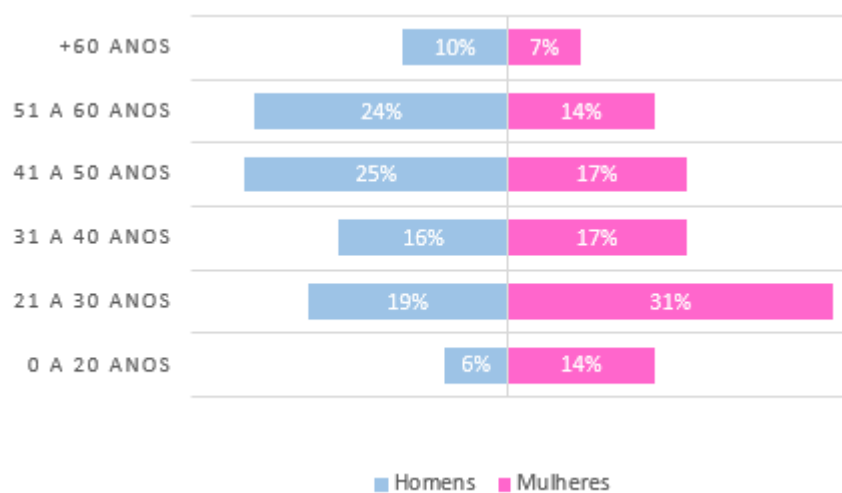
<sup>5</sup> A Ficha Social se caracteriza como um instrumento técnico-operativo utilizado pelo Serviço Social que atua no Hospital Ferreira Machado no intuito de armazenar e transmitir informações sobre os usuários: compõe informações diversas.

análise qualitativa os determinantes sociais para evidenciar as formas de contágio mais recorrentes ao grupo pesquisado bem como a distribuição espacial da ocorrência da tuberculose em Campos dos Goytacazes. Para tal, utilizou-se as análises de alguns dos determinantes sociais mais ocorrentes na vida dos pacientes do HFM a partir do referencial teórico já contido no documento elaborado pelo Ministério da Saúde, o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil como por exemplo HIV/Aids, tabagismo, dependência química e populações vulneráveis (pessoas privadas de liberdade e pessoas em situação de rua).

Após visitas à instituição, os dados foram organizados seguindo alguns critérios. Primeiro, divididos por sexo, faixa etária, bairro ou cidade onde reside verificando a incidência dos seguintes determinantes sociais: comprometimento psiquiátrico, tabagismo e etilismo, dependência química (drogas ilícitas exclusivamente), desemprego, beneficiários (aposentadoria, programa de distribuição de renda, benefício de prestação continuada, pensão etc); trabalho formal, trabalho informal; co-infecção por AIDS, em situação de privação da liberdade, em situação de rua.

Além destes determinantes mencionados anteriormente, também foram verificados os casos de reincidência, evasão, baixa adesão ao tratamento e também os pacientes que foram a óbito durante a internação hospitalar. Foram 181 pacientes internados na clínica durante o período analisado, divididos entre 139 homens (correspondendo a 77%) e 42 mulheres (23%), como se pode observar no gráfico:

**Gráfico 3 – Pirâmide etária dos pacientes internados na clínica de tisiologia do HFM entre 2014 e 2018**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no HFM.

A diferença da quantidade de homens e mulheres internados é significativa e faz-nos indagar porquê a incidência da doença sobre indivíduos do sexo masculino nas internações por tuberculose é cerca de 3,4 vezes maior que as mulheres neste caso.

Segundo Gomes (2007, p. 565) existem grandes diferenças sobre como as relações sociais de homens e mulheres são estabelecidas na sociedade brasileira, mudanças que interferem em suas próprias condições de saúde sobretudo no jeito de, como se lida com o próprio corpo, na relação com si mesmo. O modo como o homem vive e tenta transmitir sua imagem aos outros relaciona-se com a questão da virilidade. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que a construção da masculinidade na sociedade é um fator que impede e interfere diretamente no quesito “cuidar de si”, contribuindo para que estejam mais propensos à aquisição de algumas doenças fruto dos seus modos e condições de vida referente a não ser adepto aos cuidados preventivos para a manutenção da saúde.

Tal questão demonstra como a forma das pessoas reproduzirem e transmitirem uma ideia conservadora tem força para determinar de modo geral sobre quem busca mais pelos cuidados da saúde; ou seja, as diferenças dos papéis de gênero têm grande influência sobre as condições de saúde de uma população inteira. Neste âmbito, Gomes (2007. P. 569) realiza uma pesquisa que afirma e aponta para a questão presente no imaginário social de que a mulher se cuida mais do que o homem e que este não foi criado para tal.

Considerando as informações anteriores, os determinantes e as condições sociais dos pacientes internados foram organizados resultando na seguinte Tabela:

**Tabela 1: Determinantes sociais da tuberculose, segundo o sexo do paciente (2014-2018)**

Determinantes sociais e condições de vida	Pacientes com tuberculose				Total
	Homens	(%)	Mulheres	(%)	
Comprometimento psiquiátrico	8	5,8	1	2,4	9
Tabagismo/Etilismo	61	43,9	4	9,5	65
Dependência química	39	28,1	11	26,2	50
Desemprego	41	29,5	11	26,2	52
Beneficiários	23	16,5	10	23,8	33
Trabalho Informal	39	28,1	7	16,7	46
Trabalho formal	10	7,2	4	9,5	14
Co-infecção por AIDS	19	13,7	12	28,6	31
Em situação de privação da liberdade	15	10,8	3	7,1	18
Em situação de rua	9	6,5	2	4,8	11
Reincidência, evasão, baixa adesão ao tratamento	29	20,9	15	35,7	44
Outros (NÃO INFORMOU)	7	5,0	2	4,8	9
Total*	139	-	42	-	181

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados no HFM

\* O total de cada coluna não corresponde ao somatório dos casos, uma vez que mais de um fator pode ter determinado a infecção de um mesmo paciente.

Os dados são significativos e retratam a questão da determinação social da saúde interferindo diretamente na vida dos sujeitos. Alguns determinantes relacionam-se à questão política, independendo da ação individual destes sujeitos sobre sua condição de vida e se expressam na soma de fatores que constituem suas próprias condições de vida.

É de extrema importância que sejam discutidas questões envolvidas no processo saúde-doença a partir do conceito de determinação social da saúde, pois trata-se de processos estabelecidos em sociedades socialmente desiguais. Neste sentido, a tuberculose se caracteriza como uma doença onde sua maior incidência ocorre justamente nos países desiguais: o Brasil ocupa a 17ª posição entre os 22 países que constituem 80% da carga da doença (WHO, 2010, s/p).

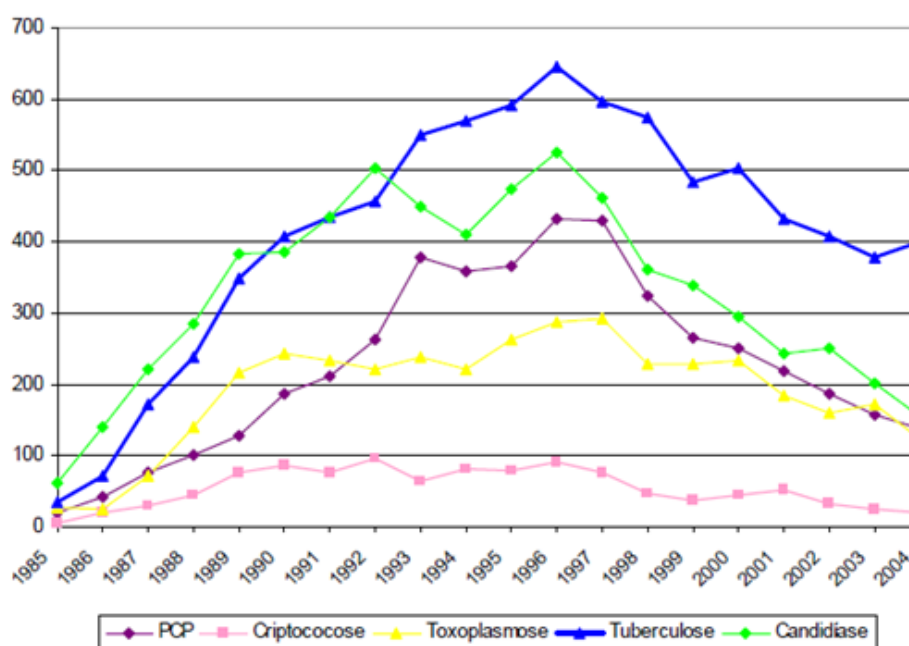
### **3.2.1. DETERMINANTE - HIV/AIDS**

Alguns determinantes ganham destaque como demonstrado na tabela 1 elaborada a partir dos dados coletados durante a pesquisa, pela alta incidência, como a co-infecção por HIV/Aids, dependência química, tabagismo, etilismo e desemprego.

A questão de gênero aparece como um fator que diferencia os homens e mulheres de acordo com seus papéis sociais e condições de vida de acordo com seus determinantes. Como exemplo, nos casos de desemprego, o índice se destaca para ambos os sexos tanto na relação, no caso masculino entre desemprego e trabalho informal e, no caso as mulheres, entre desemprego e beneficiárias de algum programa de assistência social. Das mulheres pesquisadas que estão desempregadas, 91% contém benefício da assistência social.

Além destes casos, outro determinante social que chama atenção é a co-infecção por HIV/Aids, outro problema de saúde pública. O vírus HIV/Aids propicia imunossupressão notando-se que ainda há predominância de doenças infecciosas (oportunistas ou não), como causas de internação em pacientes com HIV/Aids, além da tuberculose. Neste sentido, um estudo realizado sobre a incidência das doenças que mais se apresentam na vida dos portadores de HIV/Aids a partir dos 13 anos no município do Rio de Janeiro, aponta que o número de tuberculosos aumentou até o início da década de 1990, sofrendo a partir de então, redução. Entretanto, das doenças pesquisadas, a tuberculose ainda assim é a que mais se apresenta nestes casos como doença oportunista:

**Gráfico 4 – Doenças oportunistas no momento da notificação de casos de AIDS em indivíduos com 13 anos e mais, município do Rio de Janeiro, 1985-2005**



Fonte: S/SUBASS/SVS/CDT/GDT/SINAN-AIDS

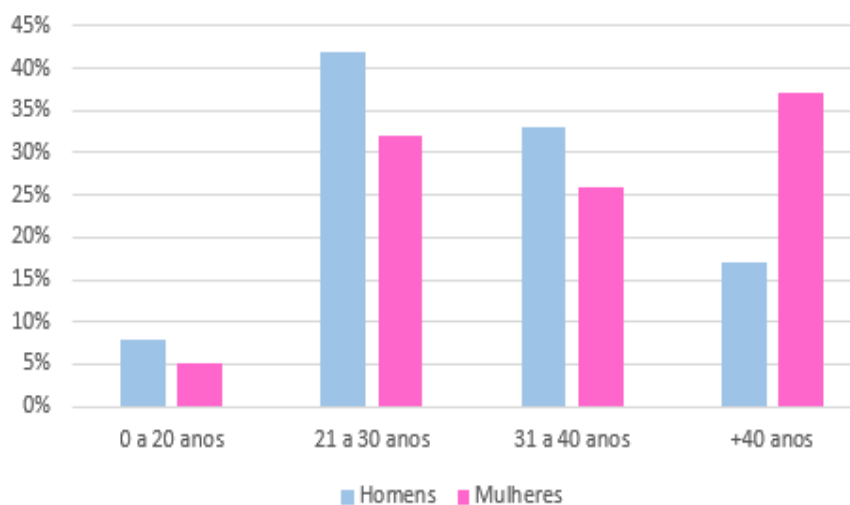
No caso dos pacientes pesquisados, 100% das mulheres e 95% dos pacientes homens com co-infecção por HIV/Aids, eram cientes do diagnóstico e não cumpriam o tratamento com regularidade. “A descoberta da soropositividade é muito comum durante o diagnóstico de tuberculose e, na grande maioria dos casos, é necessário começar o tratamento antirretroviral. A decisão terapêutica mais complexa é quando iniciá-lo” (BRASIL, 2011, p. 77).

De acordo com os dados divulgados pelo Ministério da Saúde em conjunto da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, a faixa etária de maior incidência de HIV/Aids em ambos os sexos no Brasil em 2009 é de 30 a 49 anos.

Sobre a faixa etária das mulheres com HIV/Aids internadas na clínica de fisiologia entre 2014 e 2018, 42% tinham entre 21 e 30 anos e 33% tinham entre 31 e 40 anos. Ou seja, são mulheres jovens com o vírus que não cumprem o tratamento com regularidade, propiciando (em alguns casos até associado a outros determinantes, como situação de privação da liberdade e dependência química) a manifestação da tuberculose:

Do mesmo modo que o caso feminino evidenciado acima, os jovens do sexo masculino apresentam grande incidência nas faixas etárias similares – 32% tinham entre 21 e 30 anos, 26% tinham entre 31 e 40 anos e 37% tinham mais de 40 anos, caracterizando uma peculiaridade pois, no caso feminino, essa faixa etária correspondia a apenas 17%.

**Gráfico 5 – Faixa etária dos pacientes com HIV/Aids em tratamento da tuberculose no Hospital Ferreira Machado entre 2014 e 2018**



Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados no HFM

Segundo Magno et al. (2017, p. 2), o fato de alguém ter HIV/Aids, aumenta em 20 vezes o risco de adquirir tuberculose. De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, é frequente a “descoberta da soropositividade para HIV durante o diagnóstico de tuberculose” (BRASIL, 2011, p.75). Neste sentido, durante a pesquisa e a leitura das fichas e relatórios sociais dos pacientes e realizados pela assistente social que atuava na clínica de fisiologia do HFM, além das recordações a partir das vivências na referida clínica, é recomendado que o paciente autorize a realização do exame anti-HIV por recomendação do Ministério da Saúde. Entretanto, não se obriga o paciente a realizá-lo. Logo, muitas vezes os pacientes não aceitavam a realização do mesmo, portanto, os casos diagnosticados correspondem claramente, aos que aceitaram a realização:

Os conteúdos a serem enfatizados durante o processo de aconselhamento deverão ser adequados a cada um desses contextos. No atendimento a pacientes com TB, as informações mais relevantes são aquelas relacionadas a co-infecção com o HIV. O aconselhamento é entendido como uma abordagem que permite ao usuário expressar o que sabe, pensa e sente acerca das DST, HIV e aids, ao mesmo tempo em que o profissional de saúde, ao escutá-lo, pode contribuir para avaliação de suas vulnerabilidades e para a identificação de medidas preventivas viáveis, segundo as possibilidades e limites de cada pessoa em atendimento (BRASIL, 2011, p. 85).

Não há dúvidas que o HIV/Aids associado à tuberculose se caracteriza como uma problemática pois a não adesão ao tratamento tende a aumentar os casos de TB, contribuindo para o crescente número de casos. De acordo com (JAMAL & MOHERDAUI, 2007, p. 75), “A TB não pode ser prevenida e efetivamente tratada sem a prevenção e o tratamento do HIV/Aids. Por outro lado, as ações direcionadas para o controle de TB são de fundamental importância na efetividade das ações programáticas de HIV/Aids”.

### **3.2.2. DETERMINANTE - TABAGISMO**

Outros determinantes da TB se destacam na tabela elaborada a partir da pesquisa, como: tabagismo, álcool e uso de outras drogas. Neste sentido, o tabagismo isoladamente, por exemplo, caracteriza-se como uma condição que propicia maiores chances de adquirir tuberculose. Estudos apontam que o uso contínuo do tabaco e a fumaça do cigarro promovem a redução do chamado *clearance mucociliar*, caracterizado como um mecanismo de autolimpeza dos brônquios, facilitando a aderência de bactérias comprometendo a saúde do trato respiratório:

Estima-se que 1,3 bilhão de pessoas no mundo consuma tabaco, e a maioria desses indivíduos está em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, onde as taxas de tuberculose também são mais elevadas. Algumas revisões sistemáticas e meta-análises de estudos observacionais têm apontado uma associação desfavorável entre as epidemias globais de tuberculose e o tabagismo, nas quais a exposição à fumaça do tabaco está associada com infecção, doença e mortalidade por tuberculose. As bases fisiopatológicas nas quais o tabagismo aumenta o risco de tuberculose são explicadas pela disfunção da mecânica ciliar, diminuição da resposta imune e defeitos na resposta imunológica (...) aumentando a suscetibilidade à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* (RABAHI, 2012, p. 46).



A partir do exposto, nota-se que o tabagismo e etilismo correspondem a 44% no caso dos homens e 9% no caso das mulheres o que chama bastante atenção pois o tabagismo é um problema de saúde pública no Brasil. Fumar causa significamente o aumento de chances de aquisição e morte por tuberculose e segundo a Organização Mundial da Saúde, “fumar é um fator de risco para a tuberculose independente do uso de álcool e de outros fatores socioeconômicos” (OMS, 2009, s/p).

Estudos apontam que o percentual de fumantes no Brasil reduziu ao longo dos anos. Entretanto, o consumo de cigarro entre a população jovem obteve aumento, nesse contexto. O Ministério da Saúde estima que são cerca de 200 mil mortes por tabagismo no Brasil por ano.

No município de Campos dos Goytacazes, o programa de controle do tabagismo localiza-se na Secretaria Municipal de Saúde e oferece serviços aos usuários que desejam parar com o uso do cigarro a partir da promoção de ações que estimulem a adoção de um estilo de vida saudável contribuindo para a redução da incidência e mortalidade por doenças relacionados ao consumo do tabaco no país, como por exemplo, a tuberculose. Nesse aspecto, realizam-se campanhas em dias específicos, como exemplo o Dia Mundial sem Tabaco e o Dia Nacional de Combate ao Fumo, contando com uma equipe multiprofissional incluindo fisioterapeuta, médico, psicóloga, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e recreador.

Na clínica havia todo um contexto referente aos comportamentos esperados dos pacientes por parte dos profissionais que atuavam na clínica, para que colaborassem com o tratamento. Havia regras implícitas que, não precisavam ser necessariamente ditas. O exemplo a ser utilizado, é o “fumódromo” – nome dado por alguns profissionais ao local ao ar aberto que há em cada andar do hospital, neste caso, no 4º andar. Trata-se de um local onde pacientes e acompanhantes utilizavam para fumar cigarro em certos momentos, comportamento verificado durante o estágio supervisionado em Serviço Social durante a graduação.

Existem, para além das normas institucionais que pressupõem a proibição de fumar em locais fechados, regras implícitas sobre o comportamento dos fumantes naquele espaço, visto com muito preconceito e repulsa por parte dos profissionais de saúde que atuavam ali. Pois, além da questão “estética” e do cheiro da fumaça no

corredor, havia também o fator do tabagismo por parte dos pacientes com tuberculose, o que não é recomendado durante a internação e o tratamento.

### **3.2.3. DETERMINANTE - DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

A dependência química é um determinante social que se relaciona aos aspectos que levam ao abandono do tratamento da TB.

Este grupo apresenta algumas peculiaridades que interferem ainda mais em sua internação no que se refere à dificuldade de manter o tratamento da tuberculose e até mesmo se manter no hospital até obter a alta médica, pois, a abstinência química é um fator problemático fazendo-se necessário durante a internação, a utilização de medicação prescrita pelo psiquiatra para controlar os efeitos colaterais da ausência de determinada substância no corpo do paciente.

Deste modo, segundo Rocha & Adorno (2012, p. 233), a TB é uma doença “circundada por uma série de fatores, muitos deles inerentes aos diversos modos de vida apresentados pelos sujeitos”. Neste sentido, tais autores abordam a problemática da multirresistência e o tratamento diretamente supervisionado, pois como geralmente a evasão do tratamento está ligada à dependência química, o abandono do tratamento. No caso da pesquisa realizada com as fichas e relatórios sociais, todos os pacientes que evadiram do tratamento, eram dependentes químicos.

O abandono do tratamento é caracterizado pelo Ministério da Saúde como “todos os casos que após terem iniciado o tratamento para tuberculose, deixaram de comparecer à unidade de saúde por mais de trinta dias consecutivos, após a data aprazada para seu retorno” (BRASIL, 2002). Dos pacientes pesquisados, os que retornavam ao hospital após abandono de tratamento, só buscavam novamente pelos serviços por conta do agravamento dos sintomas. A tabela demonstra 28% do total de homens e 26% das mulheres, faziam uso regular ou abusivo de drogas ilícitas, determinando a condição de vida geral desses pacientes pois de modo geral o uso abusivo dessas substâncias impede que estes tenham uma vida caracterizada como saudável considerando qualidade de vida.

Além disso, uma problemática comum a estes pacientes é a questão da evasão e da não adesão ao tratamento – os dependentes químicos somente buscam pelo serviço

de saúde quando estão em situação emergencial, como em casos de apneia, e, logo após aliviarem de tais sintomas, evadiam do hospital. Tal processo dificulta e agrava a condição da própria tuberculose naquele indivíduo, propiciando multirresistência ao bacilo causador da doença pelo próprio fato de iniciar e parar o tratamento repetidas vezes.

O tratamento da tuberculose exige um esquema rígido de comprometimento tanto do indivíduo como do familiar acompanhante neste processo envolvendo compromisso com os horários da medicação, boa alimentação, entre outros. Para o dependente químico tal processo é insustentável, dependendo do seu grau de dependência sendo necessário cuidar não somente do corpo físico, mas da saúde mental.

Um outro exemplo verificado durante estágio supervisionado na referida clínica, foi um caso de um paciente em estado avançado da doença (tuberculose) que, encontrava-se em situação de rua há cerca de 14 anos e mantinha o costume de sentar-se ao chão do hospital – ato que causava repúdio por parte de alguns profissionais que atuavam naquele andar do hospital e que passavam por ele, recriminando-o por sua aparência física correspondente a um “morador de rua”.

A partir das vivências no estágio supervisionado na clínica, haviam pacientes considerados por alguns profissionais que compunham a equipe como problemáticos e outros de modo diferente, pois não “davam trabalho”. Os “não problemáticos” eram tratados moralmente com maior engajamento, o que acabava repercutindo na melhora da condição de saúde do paciente pois o tratamento da tuberculose envolve fragilização além de física, psicológica.

Nessa perspectiva, segundo as ideias de Goffman (2010) pode-se analisar as relações de comportamento dos pacientes com seus próprios laços e posições sociais, ligados a propósitos estabelecidos que repercutem em seus comportamentos no interior do hospital e da clínica, relacionando-se também com os demais pacientes. O autor discorre sobre os comportamentos tidos nos espaços públicos em termos de aprovação ou desaprovação de quem acompanha as ações comportamentais desse indivíduo.

As representações sociais sobre quaisquer fenômenos existentes na sociedade são frutos da complexa dimensão envolvida entre o homem e seu meio. Ele é o que é, pois sofre influências deste meio, e o meio, sofre alterações a partir Das interações

sociais. O homem é composto por características de várias dimensões: psicológica, biológica, sociológica, etc (MORIN, 2000). Portanto, a fragilização psicoemocional dos pacientes em tratamento é um fator que interfere até mesmo no avanço do próprio tratamento. Trata-se de uma doença que já é estigmatizada pela sociedade, fruto de desconhecimento sobre a própria doença. Por se tratar de uma doença altamente contagiosa, o isolamento acaba sendo a única alternativa para os pacientes bacilíferos.

O índice de óbitos também se configura como um dado relevante a reforçar: tuberculose tem cura, mas mata, principalmente se a doença estiver associada a determinantes sociais graves como os já mencionados anteriormente.

Os casos de tuberculose veem reduzindo ao longo dos anos, o índice de mortalidade pela doença, também. Entretanto, trata-se de uma doença que necessita não somente da atenção das políticas focalizadas em saúde, mas da articulação de diversas políticas e áreas a fim de amenizar as desigualdades sociais, atuando em uma perspectiva que previna novos casos, oriente a população sobre educação em saúde, para que a redução dos casos seja eficaz a longo prazo e não retornem a aumentar de acordo com o momento político do país, por exemplo, afetando o investimento na área das políticas sociais.

#### **3.2.4. DETERMINANTE - SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DA LIBERDADE**

O Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil aborda a população privada de liberdade categorizando esse grupo como populações especiais, descrevendo as recomendações de estratégias diferenciadas para populações especiais, pois os pacientes que possuem este determinante demandam ações com algumas especificidades.

Deste modo, nas prisões, o risco da TB é elevado considerando os aspectos relacionados à infraestrutura dessas instituições, como por exemplo a superlotação. Existem fatores que contribuem para a alta endemicidade da TB neste público específico: trata-se de questões relacionadas ao seu próprio estilo e modo de vida, como o manual destaca: “população jovem, predominantemente masculina, de baixa escolaridade (...), uso de drogas ilícitas, maior prevalência de infecção pelo HIV (...),

dificuldade de acesso aos serviços de saúde e menor oportunidade de diagnóstico e tratamento da TB” (BRASIL, 2011, p. 142).

Sobre a questão da infraestrutura mencionada anteriormente no que se refere ao sistema penitenciário brasileiro, o manual reconhece como fatores relacionados ao encarceramento com celas superpopulosas, má ventilação, pouca iluminação solar, exposição e proliferação da TB, mesmo a saúde sendo um direito estabelecido por leis que conferem ao Estado a responsabilidade de preservar a saúde das pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2011, p. 141-142).

Os órgãos responsáveis pela garantia desses serviços a este público são: o Ministério da Saúde, Ministério da Justiça implicando em uma parceria entre as Secretarias de Saúde e de Justiça, Administração Penitenciária dos estados e municípios (BRASIL, 2003).

Sobre os casos de TB nas unidades penitenciárias no município de Campos dos Goytacazes, segundo uma matéria divulgada na página virtual G1 no ano de 2015, haviam 48 casos notificados e recebendo tratamento na época considerando o Presídio Masculino Carlos Tinoco da Fonseca, a Casa de Custódia Dalton Crespo de Castro e o Presídio Feminino Nilza da Silva Santos. Já no ano de 2016, em outra matéria realizada pela mesma matéria houve dois casos de óbito por TB no presídio masculino no município e na época haviam 14 detentos realizando o tratamento na mesma unidade. Neste sentido, o acompanhamento na instituição é mensal com acompanhamento médico com consultas no sanatório penal.

Sánchez (2007, p. 46) aponta que é importante construir ações voltadas para a “elaboração de um programa de luta contra a tuberculose que deve contemplar não somente estratégias biomédicas, mas também um importante componente de conscientização”.

Portanto é necessário que esforços sejam desenvolvidos para que as pessoas privadas de liberdade assim como a comunidade carcerária se sensibilizem para que os novos casos possam ser diagnosticados precocemente. Além disso, é importante que se institua programas de educação continuada em TB e co-infecção TB/HIV para os profissionais de saúde que atuam nas unidades prisionais, para que seja possível

estabelecer mecanismos que facilitem a comunicação e o acesso dos privados de liberdade aos serviços (BRASIL, 2011, p. 143).

### **3.2.5. DETERMINANTE – POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Assim como as pessoas privadas de liberdade, a população em situação de rua caracteriza-se como um público que demanda ações e cuidados específicos referente ao controle e tratamento da tuberculose.

O manual de recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2011, p. 150) aponta alguns resultados de um estudo elaborado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome no período entre agosto de 2007 e março de 2008 realizando a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2008). Foram 71 municípios pesquisados identificando 31.922 pessoas adultas em situação de rua sendo 82% homens.

Sobre as ações de controle da TB no país destinadas a esse público, “os PCT municipais e locais devem identificar as melhores estratégias para a abordagem dessa população, levando em consideração o número de pessoas vivendo na rua, sua distribuição, características e rede de assistência e apoio disponível” (BRASIL, 2011, p. 152).

No caso da pesquisa realizada sobre os pacientes da clínica de tisiologia do HFM, os homens verificados em situação de rua eram 9 correspondendo a 6,5% e das mulheres, 2 casos correspondendo a 4,8%. Considera-se que tais dados não sejam alarmantes se comparado a incidência dos outros determinantes. Entretanto, em todos os casos das pessoas em situação de rua haviam outros determinantes associados caracterizando-se como uma situação de vulnerabilidade social, como o abuso de drogas (tabagismo, etilismo, dependência química), desemprego, reincidência, evasão e não adesão ao tratamento.

No município de Campos dos Goytacazes existem instituições que acolhem as pessoas em situação de rua, realizando diversas ações, como a Casa da Cidadania e o Centro Pop, em parceria entre a Secretaria Municipal da Família e Assistência Social e a Secretaria Municipal de Saúde. Segundo uma matéria divulgada no site da prefeitura de

Campos, a equipe dessas instituições aborda e conscientiza esse público alvo nas ruas da área central da cidade, trata-se de uma mobilização.

Essas instituições são responsáveis por promover a autonomia do sujeito social no sentido deste ser cidadão, independente das suas condições sociais. Portanto, podem tirar a segunda via de documentos, comer nos horários específicos, participar de atividades físicas e lúdicas e até mesmo receber atendimento médico. Dos pacientes pesquisados, dois procederam da Casa da Cidadania antes de chegarem à unidade hospitalar para o tratamento da TB.

Como a TB é uma doença cujo tratamento deve estar em consonância à proteção das condições de vida dos indivíduos, como se deve pensar em um paciente que se encontra realizando o tratamento em internação prestes a receber alta médica e dar continuidade desse processo pós alta hospitalar, no ambulatório? Os pacientes que obtém sucesso no tratamento alcançando a cura, em geral contém um suporte, não necessariamente familiar, mas de um outro indivíduo que o apoia, pois, o esquema do tratamento é rígido levando em consideração vários aspectos, como: fragilidade emocional fruto da estigmatização da TB na sociedade, uso regular das medicações, idas ao programa de controle, se alimentar bem, etc.

Portanto, o Ministério da Saúde prioriza a descentralização das medidas de controle para a atenção básica para que o acesso da população aos serviços se amplie para as populações vulneráveis e as pessoas em situação de rua se encaixam nesta caracterização (BRASIL, 2011, p. 168). Por isso o Ministério da Saúde estipula que uma das ações mais importantes para o controle da TB é a detecção precoce dos casos, para que o estado da doença não se agrave e a porta de entrada para o tratamento seja a unidade hospitalar.

As estratégias que compõem a política de controle da TB no Brasil seriam mais efetivas se considerasse o tratamento das questões sociais existentes na sociedade, ligadas diretamente aos determinantes sociais destacados durante este trabalho. Além disso, ressalta-se que a ampla divulgação dos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde é extremamente fundamental para a educação em saúde não somente para os profissionais que atuam nessa área, mas também para a população em geral, assim como o fortalecimento das redes de atendimento a partir das políticas públicas. Portanto, cabe ressaltar que não basta somente visualizar a política de saúde como a unitária, mas é

necessário que as políticas de diversas áreas: educação, assistência e saúde, para que seja possível uma intervenção mais efetiva sobre determinado problema que, neste caso, é o controle da TB no Brasil.

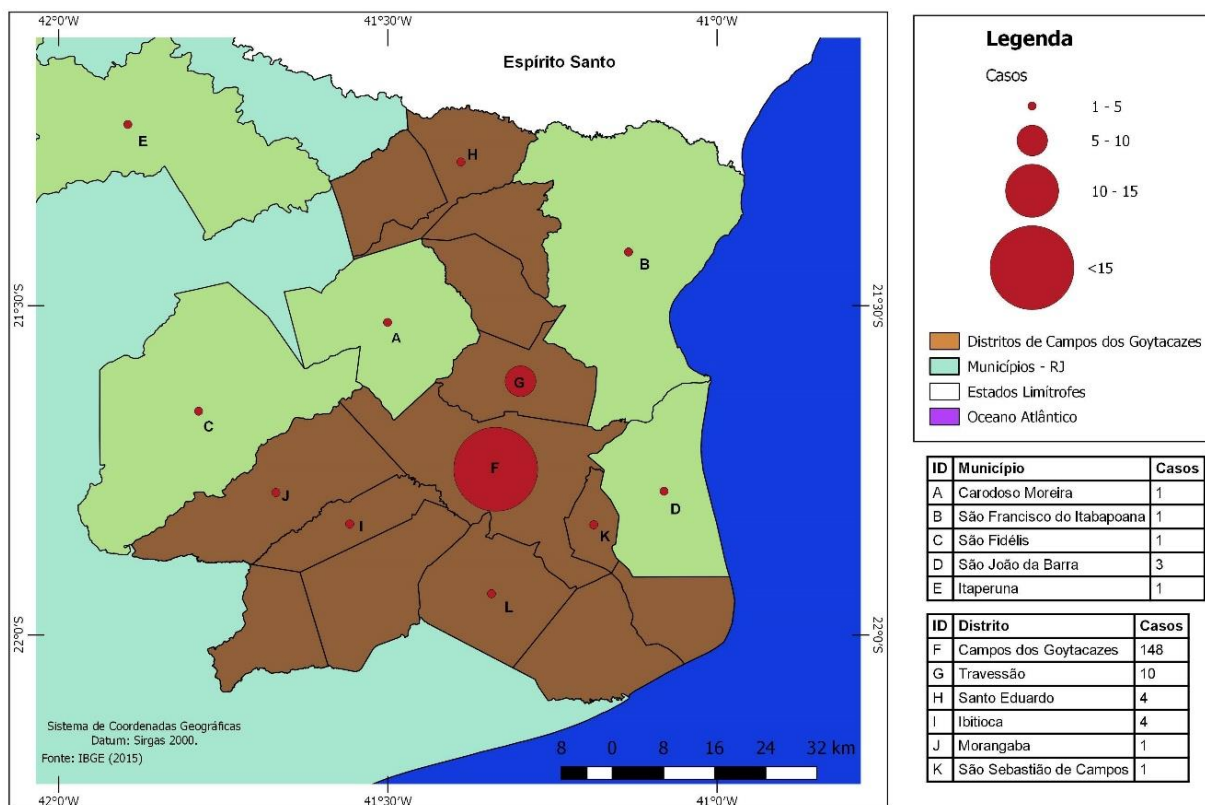
### **3.3. DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA OCORRÊNCIA DA TUBERCULOSE EM CAMPOS**

A partir da construção do perfil socioeconômico e demográfico dos pacientes verificado no item anterior é possível realizar e analisar a distribuição espacial da ocorrência da tuberculose em Campos dos Goytacazes, ou seja, em quais territórios ou áreas sociais em que mais ocorrem casos da doença, a partir do local de proveniência dos pacientes.

Entretanto, vale ressaltar que esse mapeamento foi realizado a partir do recorte e foco da pesquisa, que são os pacientes que foram internados no Hospital Ferreira Machado pela causa de tuberculose entre 2014 e 2018, desconsiderando os casos de tratamento realizado no ambulatório (programa municipal).



**Figura 5 – Distribuição espacial da ocorrência da tuberculose em Campos dos Goytacazes (2014 – 2018)**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no HFM.

Como demonstrado no mapa acima, a área social que mais apresenta os casos de TB a partir dos pacientes internados na unidade hospitalar HFM entre 2014 e 2018, é “Campos dos Goytacazes” – nome caracterizado pelo conjunto dos distritos Guarus, Campos e Goitacazes, identificados no mapa constando 148 casos da doença. O município de Campos dos Goytacazes apresenta 14 distritos e a partir do mapa elaborado a análise utilizará o conceito de área social utilizado por Corrêa (2004).

A estrutura social do espaço urbano está diretamente relacionada com as funções da cidade. Existem indicadores que apontam a definição da situação econômica, classe social, renda, etc. (CORRÊA, 2004, p.62). A noção de estrutura social pode ser compreendida a partir de uma sociedade abarcando as relações sociais, a cultura e as instituições. Além disso, a variação ou mudança da sociedade está diretamente ligada à

organização da mesma, a forma como ela se estrutura e se organiza e de que maneira essa mudança influi nas relações sociais.

Neste sentido, as funções urbanas também apresentam importância no processo de formação, reprodução e desenvolvimento das áreas urbanas. Sobre a estrutura social da sociedade, existem pré-requisitos funcionais, relacionados à execução das necessidades mínimas a partir das instituições e suas funcionalidades, como a questão da organização econômica, política, comunicativa e social. Toda sociedade possui uma estrutura social.

Deste modo, em qualquer lugar ou período as estruturas sociais estão sujeitas a alterações, pois, “todas as formas culturais aparecem, com maior frequência, num estado de fluxo constante e sujeitas às modificações fundamentais” para a manutenção do seu próprio funcionamento (BOAS, 2004, p.45).

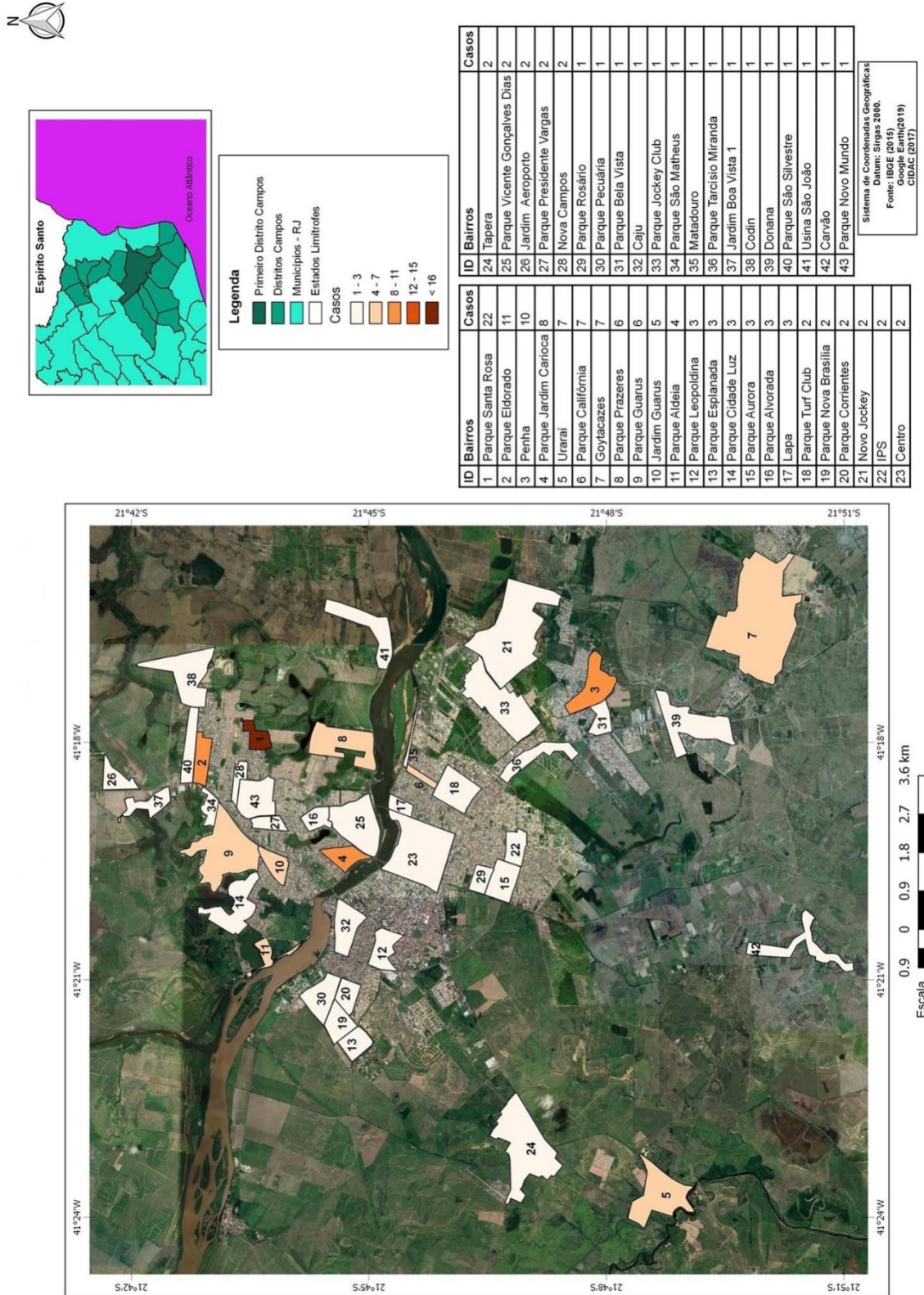
A consideração de Campos, Guarus e Goitacazes como uma só área social justifica-se pelo desenvolvimento estrutural dessas áreas ao longo dos anos além da proximidade entre as mesmas, abrangendo diversos bairros e apresentando a grande incidência da TB nessas áreas, que juntas correspondem 82% do total de casos de internação.

O mapeamento desses casos por bairros excluindo a área social F identificada no mapa, apresentaria casos até únicos em um determinado distrito ou área social. Portanto, considera-se que esses distritos vizinhos compõem uma área social denominada no mapa de Campos dos Goytacazes.

Além dos casos de residentes no município de Campos, também haviam casos advindos de outros municípios que não contêm serviços especializados em controle e tratamento da tuberculose. São os casos de Cardoso Moreira (1), São Francisco de Itabapoana (1), São Fidélis (1), São João da Barra (3) e Itaperuna (1), também identificados no mapa.

Além do mapeamento realizado, um outro mapa foi elaborado a fim de demonstrar a identificação mais clara dos bairros com maior incidência da TB:

**Figura 6 – Incidência da tuberculose nos bairros a partir a área social  
Campos dos Goytacazes**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no HFM.

A partir desse mapeamento elaborado identificando os bairros específicos, verifica-se que os dois bairros que apresentam maior número de casos: Parque Santa Rosa (22) e Parque Eldorado (11), correspondem a 22% dos casos identificados somente na área social Campos dos Goytacazes. Neste sentido é importante refletir sobre as condições infra estruturais dessas áreas abordando a questão do saneamento, acesso aos serviços, condições estruturais das residências, etc. Esses dois bairros apresentam alto índice de violência e geralmente as áreas urbanas mais violentas são as mais abandonadas pelo poder público em termos de políticas públicas.

A pesquisa não alcançou resultados aprofundados sobre as condições estruturais concretas de tais localizações pelo foco do trabalho ser a identificação e análise dos determinantes sociais de modo geral, a partir de um grupo de pacientes específicos no intuito de compreender o processo saúde-doença de modo amplo identificando a problemática maior por trás das políticas sociais no Brasil: a desigualdade social.

A partir da elaboração de uma pesquisa mais aprofundada tais questões poderiam ser discutidas e respondidas, pois, a temática da política de controle da tuberculose e do conceito de determinação social da saúde é ampla e envolve diversas questões. Portanto, somente um estudo elaborado com foco nas condições estruturais de cada bairro poderia responder a problemática: Quais os motivos que levam determinada “localidade” ser o bairro ou área social com maior incidência de TB considerando os casos de internação na unidade hospitalar de controle da doença?

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo apresentar e analisar os determinantes sociais de pacientes que estiveram internados com tuberculose na clínica de fisiologia do Hospital Ferreira Machado, em Campos dos Goytacazes/RJ entre 2014 e 2018 a partir de uma pesquisa realizada com consulta das fichas e relatórios sociais elaborados pela assistente social que atua na clínica. Todos os casos analisados consideraram o tratamento da TB em caráter de internação, a partir da unidade hospitalar.

A partir da apresentação dos aspectos sócio históricos do controle da TB no Brasil ao longo dos anos verificou-se que cada período continha um pensamento social específico, o que determinava os tipos de serviços a partir da política de saúde a enfrentar as demandas sociais.

Verifica-se uma redução dos casos de TB no Brasil desde a década de 1990, quando a política de enfrentamento dessa doença sofreu diversos avanços se comparados às décadas anteriores. Mesmo que nos dias atuais a política seja estruturada, sua eficácia alcança alguns estágios, entretanto existem outras problemáticas inerentes à política existente, referente às condições sociais que influenciam na vida dos indivíduos.

Apesar do reconhecimento e recomendação do Ministério da Saúde em fortalecer as redes de atenção à saúde, as unidades hospitalares e ambulatoriais ainda recebem um grande contingente de pacientes para realizar o tratamento, muitas vezes porque a atenção básica falha. Além disso, mesmo que toda a política de saúde fosse independente e isolada, os casos poderiam ser controlados, porém não reduzidos bruscamente pelo fato da TB ser uma doença determinada socialmente a partir das condições de vida dos indivíduos. Portanto é necessário que as políticas se articulem entre si e criem medidas de controle eficazes de fato a partir da redução das desigualdades sociais.

A afirmação e o reconhecimento de que as desigualdades sociais, ou seja, o meio social influi nas condições de vida dos indivíduos possibilitam a criação de mecanismos capazes de amenizá-las. Deste modo, há de se compreender que todas as políticas públicas se caracterizam como extremamente fundamentais em um Estado democrático



de direito, a partir da concepção de que no regime democrático, o povo de uma nação é soberano.

Entretanto, o contexto histórico ao qual o Brasil demonstra relacionado aos investimentos sociais é imbuído de intensas lutas por parte da sociedade brasileira mediante movimentos sociais. Para além da política existe também a moralidade social que remodela e modifica as relações sociais mantidas tanto entre os indivíduos como entre indivíduos e instituições, inferindo diretamente nas condições de saúde dos mesmos, neste caso exemplifica-se a questão do acesso aos serviços, burocratização, etc.

Logo, é de grande relevância que estudos sejam elaborados relacionando a saúde coletiva com a esfera social a partir da análise da determinação social da saúde, pois, especificamente, a não extinção da tuberculose é atrelada à manutenção e/ou aprofundamento das desigualdades sociais em uma sociedade. Na sociedade, definem-se:

Chances, condições de vida ou de trabalho totalmente diferentes (...) a origem social é de todos os determinantes, o único que estende sua influência a todos os domínios e a todos os níveis da experiência dos estudantes e primeiramente às condições de existência. O habitat e o tipo de vida cotidiana que lhe estão associados, o montante de recursos e sua repartição entre os diferentes postos orçamentários, a intensidade e a modalidade do sentimento de dependência, variável segundo a origem dos recursos, como a natureza da experiência e os valores associados à sua aquisição, dependem diretamente e fortemente da origem social ao mesmo tempo que substituem sua eficácia (BOURDIEU; PASSERON, 2014, p.28).

Independente das transformações sociais, econômicas e políticas aos quais o Brasil enfrentou ao longo dos anos, muitos problemas ainda se mantêm até os dias de hoje. A incidência da TB nos países com maior índice de desigualdades sociais é maior, reafirmando o estereótipo de que “tuberculose é doença de pobre”, pois como um dos resultados da pesquisa, verificou-se que a incidência de alguns determinantes sociais na vida dos pacientes estava associada à sua condição socioeconômica.

Segundo Campana (2010), a maior parte dos avanços alcançados no Brasil no que se refere ao enfrentamento da pobreza, estão relacionados direta ou indiretamente com a estruturação das políticas públicas relacionadas a intervenção social; ou seja,

somente uma nação compromissada em amenizar as desigualdades sociais pode alcançar níveis mais igualitários e justos no âmbito social.

O Ministério da Saúde apresenta no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, ações voltadas para o tratamento peculiar de cada um dos determinantes citados no capítulo 3, pois se encaixam no grupo caracterizado como “populações vulneráveis”, que é o caso das pessoas privadas de liberdade e a população em situação de rua. O tratamento peculiar mencionado refere-se às necessidades diferenciadas para que esses públicos possam obter sucesso no tratamento uma vez que seus modos e condições de vida muitas vezes não são propícios para um tratamento adequado.

O município de Campos dos Goytacazes apresenta instituições que tendem a garantir o acesso e o sucesso na realização do tratamento da TB, que é a unidade hospitalar, as redes de atenção à saúde e a unidade ambulatorial, entretanto verifica-se que mesmo com essa oferta, são numerosos os índices dos pacientes que recebem tratamento demonstrando que ainda se trata de uma doença presente na sociedade.

Tal questão reafirma que somente a existência da política e das instituições que oferecem o tratamento não são necessárias para redução efetiva estipulada nas metas contidas no programa nacional. Porém esses índices podem ser analisados de forma positiva pois os pacientes estão tendo o acesso a essas instituições e realizando o tratamento, podendo ser resultado das campanhas informativas realizadas em parceria com a Secretaria municipal de Saúde na área central do município pela equipe multidisciplinar que atua no programa municipal de controle da TB em Campos, promovendo a educação em saúde alertando a população sobre os sintomas, a transmissão, o diagnóstico e o tratamento.

De acordo com uma matéria divulgada em agosto de 2017 na página virtual da prefeitura de Campos dos Goytacazes, o programa municipal atende cerca de 300 pacientes e a média é de que 200 casos novos são registrados no município. A pesquisa realizada para a elaboração deste trabalho apresentou 181 pacientes internados no HFM com TB entre 2014 e 2018 caracterizando um público menor se comparado ao que o programa recebe. Os pacientes que realizam tratamento no programa também apresentam determinantes sociais pois, os próprios pacientes que recebem alta hospitalar são encaminhados para o programa para dar continuidade ao tratamento.

Deste modo, o contingente de pacientes recebendo tratamento lá é maior, conseqüentemente.

Portanto, o trabalho buscou identificar e analisar os determinantes que mais incidiam na vida desses pacientes para compreender a TB como uma doença que tem cura, o tratamento é gratuito, mas que existem outras problemáticas inerentes à oferta de serviços destinados para seu controle, que estão diretamente relacionados com o processo de infecção. Logo, o conceito de determinação social da saúde contribui diretamente para a compreensão dessas problemáticas pois permite analisar o processo saúde-doença considerando não somente os aspectos biológicos e individuais dos indivíduos, mas o contexto social em que este está inserido.



## REFERÊNCIAS

- BARRETO, Mauricio Lima et al. Changes in the patterns of morbidity and mortality: a critical review of epidemiological approaches. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 127-146, 1993.
- BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1996. 71p.
- BOLTANSKI, Luc. O novo espírito do capitalismo. São Paulo: Martins Fontes, 2002. Seleção: introdução: pp. 31-80
- BOURDIEU, P.; PASSERON, J.-C. Os herdeiros: os estudantes e a cultura. Florianópolis: Editora da UFSC, 2014 (1964). Seleção: PP. 15-47.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF 20 set. 1990, Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília, 1999.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório da tuberculose/CGDEN, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.* Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual técnico para o controle da tuberculose.* Brasília, 2002.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Saúde do século XVIII ao início do século XX - Antecedentes da ação estatal. In: \_\_\_\_\_. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: Fundamentos sócio-históricos.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **O Conceito Histórico de Desenvolvimento Econômico**. São Paulo: [s/n]. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/2006/06.7-ConceitoHistoricoDesenvolvimento.pdf>> Acesso em: 25 de janeiro de 2018.

CAMARA, Sônia. **“Da Esperança Sutil à Realidade Forte”**: a Liga Brasileira Contra a Tuberculose e os projetos de assistência à infância nas décadas de 1920 a 1930. Anais do XVI Encontro Regional de História da Anpuh-Rio: Saberes e Práticas Científicas. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <[http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1400509839\\_ARQUIVO\\_completocompacto.pdf](http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1400509839_ARQUIVO_completocompacto.pdf)> Acesso em: 22 março 2019.

CAMPANA, Fábio. Brasil pode erradicar pobreza extrema em 2016, diz Ipea. Disponível em: <https://www.fabio.campana.com.br/2010/01/brasil-pode-erradicar-pobreza-extrema-em-2016-diz-ipea/> Acesso em: 17 de fevereiro de 2019.

CEFOR. Breve história das políticas de saúde no Brasil. São Paulo, s.d. (mimeo), 2000.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. Lua Nova, (19):123-140, nov. 1989.

\_\_\_\_\_. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo, Cortez. 1995. p. 225-44.

\_\_\_\_\_. "Políticas sociais e pobreza no Brasil." *Planejamento e Políticas Públicas*. Ipea, n.12, jan./dez. 1995, p.1-17.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília, 1986.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

DAHLGREN, G. WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stocolm: Institute for Future Studies; 1991.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

FAHEL, Murilo. **Desigualdades em Saúde no Brasil: Uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais**. Belo Horizonte, 2007.

FERREIRA, Avelino. ALMADA, Maria Waleska. Presidentes da Câmara de Campos no período republicano. Câmara Campos Editora. Campos dos Goytacazes/RJ. 2016

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SAÚDE (Brasil). Coordenação Geral de Planejamento e Avaliação. *Relatório de Gestão 2008*. Brasília, DF, 2009b.

G1. **Segundo detento morre com tuberculose em Campos, no RJ**. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/rj/norte-fluminense/noticia/2016/08/segundo-detento-morre-com-tuberculose-em-campos-no-rj.html>. Acesso em: Abr. 2019.

G1. **Presídios de Campos dos Goytacazes, RJ, têm 48 presos em tratamento de tuberculose**. 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/rj/norte-fluminense/rjintertv-2edicao/videos/t/edicoes/v/presidios-de-campos-dos-goytacazes-rj-tem-48-presos-em-tratamento-de-tuberculose/4544052/> Acesso em: Abr. 2019.

GIDDENS, Anthony. As conseqüências da modernidade. São Paulo: Ed. Unesp, 1991.

GOFFMAN, Erving. Comportamento em lugares públicos, Tradução de Fábio Rodrigues Ribeiro da Silva. Petrópolis/RJ: Vozes, 2010. p. 11-163 (I, II e III).

GOMES, R. NASCIMENTO, EF. ARAÚJO, FC. Por que os homens usam menos os serviços de saúde do que as mulheres? Explicações de homens com baixa versus alta escolaridade. *Cad Saude Publica*. 2007, pp. 565-574.

GONÇALVES, H.: 'A tuberculose ao longo dos tempos'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VII(2): 303-25, jul.-out. 2000.

GUILLAUME, P. (1988) 'La tuberculose'. Em J. P. Bardet *et al.* (orgs.), *Peurs et terreus face à la contagion: cholera, tuberculose, syphilis XIX-XX siècles*. Paris, Fayard.

HIJJAR, Miguel Aiub et al . Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, supl. 1, p. 50-57, Sept. 2007 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000800008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800008&lng=en&nrm=iso). Acesso em 22 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000800008>.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Editora UFPR

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

JAMAL, Leda Fátima; MOHERDAUI, Fábio. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 104-110, Set. 2007. Disponível em:

- <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000800014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 Abr.
- LAURELL, A. C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo, Cortez, 1995.
- LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. *Physis*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 77-96, 1991.
- MAGNO, Evela da Silva et al. Fatores associados à coinfeção tuberculose e HIV: o que apontam os dados de notificação do Estado do Amazonas, Brasil, 2001-2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, e00019315, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000505006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000505006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 31 Mar 2019.
- LAURELL, A. C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo, Cortez, 1995.
- MARCATO, Tiago. CONTI, Celso Luiz Aparecido. Justiça e Igualdade na Escola: A Falácia da Meritocracia. *Devir Educação*, v.1, n.1, p. 66-74, 2017.
- MARLA, Kelly. Mais uma abordagem a pessoas em situação de rua. 2012. Disponível em: [https://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id\\_noticia=14820](https://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id_noticia=14820). Acesso em Abr. 2019.
- MORIN, E. (2000). Universalidade, incerteza, educação e complexidade: diálogos com Edgar Morin (pp. 139-196). *In*: MORIN, E.; LÊ MOIGNE, J. L. *A inteligência da complexidade*. Trad. Nurimar maria Folci. – São Paulo: Peirópolis.
- NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **Liga de 1900 é marco na luta contra a tuberculose no Brasil**. *Revista HCSM*. Março/2017. Entrevista concedida a Dilene Raimundo do Nascimento. Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/liga-de-1900-e-marco-na-luta-contra-a-tuberculose-no-brasil/>> Acesso em: 18 março 2019.
- OMS. Tuberculose e Tabagismo. 2009. Disponível em: <[https://www.who.int/tobacco/publications/health\\_effects/en\\_tfi\\_tb\\_tobacco\\_factsheet\\_port.pdf?ua=1](https://www.who.int/tobacco/publications/health_effects/en_tfi_tb_tobacco_factsheet_port.pdf?ua=1)> Acesso em: 17 de fevereiro de 2019.
- PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, Oct. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 Abr. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v.21, n.1, jan.-mar. 2014.

PREFEITURA DE CAMPOS. Programa de Controle da Tuberculose realiza campanha no Centro. 2017. Disponível em: [https://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id\\_noticia=41040](https://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id_noticia=41040). Acesso em: Abr 2019.

RABAHI, Marcelo Fouad et al . Tratamento da tuberculose. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 43, n. 6, p. 472-486, Dec. 2017 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132017000600472&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132017000600472&lng=en&nrm=iso)>. Acesso m: 23 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562016000000388>.

RABAHI, Marcelo F. Tuberculose e Tabagismo. *Pulmão RJ* 2012;21(1):46-49.

REGO, José Márcio; MARQUES, Rosa Maria (ORG.) Economia Brasileira. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 97100

RIBEIRO, Lourival. Fundação Ataulpho de Paiva: Liga Brasileira Contra a Tuberculose. Rio de Janeiro, Fundação Ataulpho de Paiva, 1985.

ROCHA, Danúzia da Silva; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 232-245, Mar 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 Abr. 2019.

ROSSI, Maria José dos Santos. Espaço: poder e saúde - a reforma de Carlos Chagas.*Rev. bras. enferm.* 1991, vol.44, n.1, pp.83-83. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671991000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671991000100015&lng=en&nrm=iso) Acesso 22 março 2019.

SA, Lenilde Duarte de et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3917-3924, Sept. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001000028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000028&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 25 Mar. 2019.

SÁNCHEZ, Alexandra Augusta Margarida Maria Roma. **Tuberculose em População Carcerária do Estado do Rio de Janeiro: prevalência e subsídios para formulação**

**de estratégias de controle.** Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública), Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.13, dez. 2008.

SANTOS, Vanessa Sardinha dos. "1º de julho — Dia da Vacina BCG"; *Brasil Escola*. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/datas-comemorativas/dia-da-vacina-bcg.htm>>. Acesso em 22 de março de 2019.

SAPIR, Edward. **Cultura: autêntica e espúria.** Sociol. Antropol. vol.2 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2012.

SILVA, Juliana Yassue Barbosa; SANTOS, Bianca Zimmermann; OLIVEIRA, Renata Mesquita; BOSCO, Vera Lúcia. **Desigualdade em Saúde;** *Revista Sul-Brasileira de Odontologia.* 6dez. 2009.

SILVA, Patrícia Carla. Revolução Industrial. 2009. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/revolucao-industrial/27484/>>. Acesso em fev. 2019.

SIMIONATTO, Ivete. Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 41-49, junho de 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802009000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802009000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 de abril de 2019.

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

WOLF, Paulo José Whitaker; OLIVEIRA, Giuliano Contento de. O Estados de Bem-Estar Social da Europa Ocidental: tipologias, situações e vulnerabilidades. **Econ. soc.** Campinas, v. 25, n. 3, p. 661-694, dez. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-06182016000300661&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-06182016000300661&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 de abril de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The global plan to stop tb 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. Genebra: WHO; 2010.

YAZBEK, M. C. Classes subalternas e assistência social. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2003. (1 ed. 1993)