



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO

**GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA PARA O DESENVOLVIMENTO
ECONÔMICO E SOCIAL**

ADRIANA COSTA DE CASTRO

**ELEMENTOS PARA ANÁLISE DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO
DO RIO DE JANEIRO: DESIGUALDADE E VULNERABILIDADE
SOCIAL ENTRE AS CLASSES POPULARES**

Rio de Janeiro
2019

ADRIANA COSTA DE CASTRO

**ELEMENTOS PARA ANÁLISE DA TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:
desigualdade e vulnerabilidade social entre as classes
populares**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Graduação em Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e Social do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel

Aprovado em: 03/12 /2019

BANCA EXAMINADORA

Gustavo Antônio das Neves Bezerra
Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional – IPPUR/UFRJ

Luís Régis Coli Silva Junior
Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional – IPPUR/UFRJ

Lalita Kraus
Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional – IPPUR/UFRJ

RESUMO

Uma das mais antigas enfermidades infectocontagiosas que afetam a humanidade desde os tempos mais remotos até a atualidade, considerada um grande problema de saúde pública mundial. Apesar de anos da identificação de seu tratamento e da terapia quimioterápica medicamentosa ser eficaz e difundida, sua correlação com condições precárias de vida, as desigualdades e a vulnerabilidade social levam a uma preocupação de grande magnitude. Nos últimos anos seus índices tem se mostrado alarmantes, com Relatórios Globais de Tuberculose da Organização Mundial de Saúde demonstrando alta carga para doença entre as populações de baixa renda e em situação vulnerável. O Brasil engrossa as estatísticas, responsável junto com outros vinte países por um total de 84% da tuberculose no mundo. Acordos firmados com a OMS ao lançar a estratégia global de “Fim da Tuberculose”, após alerta mundial em 2015, incluem objetivo de erradicação da doença no mundo até 2035, e no país ela tem se mostrado um agravo de difícil controle. Oscilando entre avanços e retrocessos, nove estados do país tem coeficientes de incidência da tuberculose superiores ao coeficiente nacional. O estado do Rio de Janeiro, e o município do Rio de Janeiro estão entre os líderes de coeficiente de incidência e mortalidade pela doença, que não apresenta contornos meramente biológicos no adoecimento, e supera uma perspectiva meramente clínica. Consequência de uma má distribuição de renda, se interliga com o componente do fator social na eclosão dos processos saúde-doença, e adoecimento e cura. A relação com as condições de vida da população interfere nos modos de vida dos indivíduos, contribuindo para perpetuação do ciclo de pobreza e impõe à população carioca a exposição da ausência de elementos de necessidade básica como educação, moradia, alimentação, trabalho, renda, infra-estrutura, serviços, com cerceamento ao direito a vida digna em sociedade. No município do Rio de Janeiro considera-se também aspectos como localização geográfica, sexo, faixa etária, raça, e aspectos de vulnerabilidade, como de maior suscetibilidade em contrair e propagar da doença. Sendo assim, este estudo tem o objetivo de analisar e refletir criticamente sobre elementos de relevância social, definindo a correlação das desigualdades e a vulnerabilidade social, com avanço da tuberculose no município do Rio de Janeiro entre as classes populares, contemplando a política pública de controle da tuberculose em vigência, correlacionando a tuberculose aos elementos citados, e traçando uma reflexão de perspectiva crítica referenciada nas teorias de “Biopolítica” e “Biopoder” de Michel Foucault.

Palavras-Chaves: Tuberculose, desigualdades socioeconômicas, vulnerabilidade social, Rio de Janeiro, Biopolítica e Biopoder.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
CAPÍTULO 1 - TUBERCULOSE: HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA	7
1.1 – TUBERCULOSE - A DOENÇA	7
1.2 – A CONTEXTUALIZAÇÃO NO MUNDO	8
1.3 – HISTÓRICO E EVOLUÇÃO NAS AMÉRICAS E NO CENÁRIO NACIONAL	13
CAPÍTULO 2 - A TUBERCULOSE NA ATUALIDADE, EPIDEMIOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS VIGENTES	23
2.1 – AGENDA OMS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	23
2.2 – SITUAÇÃO ATUAL DAS AMÉRICAS	25
2.3 – PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO BRASIL	26
2.4 – O CENÁRIO DA TUBERCULOSE NO ESTADO E MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	32
2.5 – A TUBERCULOSE E SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS	37
CAPÍTULO 3 - DETERMINANTES SOCIAIS DA TUBERCULOSE E SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS – ANÁLISE REFLEXIVA	41
3.1 – O SURGIMENTO E A PRODUÇÃO DAS DESIGUALDADES	42
3.2 – DESIGUALDADES NA SAÚDE	43
3.3 – A TUBERCULOSE DOS DESIGUAIS, SUA CORRELAÇÃO COM A MISÉRIA, A POBREZA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	44
4 - CONCLUSÃO	52
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

INTRODUÇÃO

Tratando-se da doença infecciosa de evolução crônica e de agente etiológico¹ único, transmitida diretamente de pessoa para pessoa, que mais afeta um elevado número de indivíduos no mundo, a tuberculose representa um importante problema de saúde pública. Causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, descoberto por Robert Koch, em 1882, e que não se apresenta livremente na natureza, dependendo de parasitismo e se aproveitando de grandes aglomerações humanas para ser propagar. Apesar da ciência ter identificado o seu devido tratamento, ela atinge números que preocupam em todo o mundo.

No ano de 2018, mundialmente, 7 milhões de pessoas foram diagnosticadas e tratadas para tuberculose. Ao todo foram 1,5 milhões de mortes pela doença, e segundo os Relatórios Globais de Tuberculose da Organização Mundial de Saúde, a carga para a doença permanece alta entre as populações de baixa renda e em situação de vulnerabilidade, onde cerca de 10 milhões de pessoas acabaram desenvolvendo a doença, com 3 milhões delas portadoras (GLOBAL TUBERCULOSIS CONTROL REPORT, 2019), ainda sem receber tratamento e cuidados dos quais precisam.

No Brasil a doença avança, e de acordo com o monitoramento das estatísticas constatou-se que sua presença entre a população é alta. Em números absolutos, o país está entre os vinte países responsáveis por 84% dos casos gerais de tuberculose no mundo (GLOBAL TUBERCULOSIS CONTROL REPORT, 2019), sendo um agravamento de difícil controle, com o Brasil apresentando alta carga para tuberculose.

Em vias de redução dos índices apresentados e cumprimento de acordos firmados com a OMS, busca-se no território do país o controle necessário dos coeficientes de incidência e mortalidade, nos moldes especificados ao alcance de metas estipuladas até 2035 de erradicação da doença.

Com as medidas de controle da tuberculose no país e as intervenções sobre a doença oscilando até hoje entre avanços e retrocessos, nove estados do Brasil apresentam coeficientes de incidência da tuberculose superiores ao coeficiente de incidência do país em 2018, destacando o estado do Rio de Janeiro, que se apresenta entre os maiores índices de mortalidade, superando inclusive a média nacional. Dentre as capitais com os maiores coeficientes de incidência e mortalidade, está a cidade do Rio de Janeiro, que dentro do estado é o município que lidera as estatísticas de quem mais mata por tuberculose (BRASIL, 2019).

¹ É o agente causador de uma doença.

Com base nas verdades que registram o adoecimento por tuberculose, não apenas vinculado às questões biológicas dos indivíduos e englobando espectros maiores, que ultrapassam o olhar médico, interligando o componente do fator social aos processos saúde-doença, adoecimento e cura, ressaltamos que enquanto doença a tuberculose mantém estreita relação com as condições socioeconômicas dos indivíduos. Sendo assim, sua complexidade, e a forte relação com condições de vida da população, reflete de forma direta ou indireta na dinâmica, lugares e modos de vida dos indivíduos, incorrendo em altas taxas de incidência e mortalidade em territórios de maior vulnerabilidade social e contribuindo para a perpetuação do ciclo da pobreza, uma vez que também advém dela e colabora para sua manutenção, ao afastar os indivíduos do mercado de trabalho, promovendo ainda sofrimento e discriminação.

Neste caso, vista como consequência de uma má distribuição de renda, personifica as desigualdades sociais, e impõe aos indivíduos do município do Rio de Janeiro a falta de acesso a elementos como: educação, moradia, alimentação, trabalho, renda, infra-estrutura, serviços e demais aspectos da vida digna em uma sociedade e com elementos como localização geográfica, sexo, faixa etária, raça, e aspectos de vulnerabilidade, também propiciando aos indivíduos, maior suscetibilidade em contrair e propagar a doença neste território.

Assim, este estudo foi realizado de forma descritiva, com revisão bibliográfica, e base em dados presentes em publicações já elaboradas, indicadores epidemiológicos do Sistema de Vigilância Epidemiológica, do Ministério da Saúde, e da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, com o objetivo de analisar e refletir criticamente a respeito dos elementos de relevância social, definindo a correlação das desigualdades e a vulnerabilidade social, com avanço da tuberculose no município do Rio de Janeiro entre as classes populares, e a contemplação destes elementos nas atuais políticas públicas adotadas para o controle da doença, como referencial para ação dos gestores de saúde.

Assim, o primeiro capítulo deste estudo faz uma contextualização histórica da tuberculose pelo mundo, as Américas e o Brasil, traçada pela perspectiva de evolução da doença através dos tempos, enquanto, no segundo capítulo trata da tuberculose na atualidade, incluindo a agenda da OMS para erradicação da doença, sua epidemiologia no mundo, no Brasil, no estado e no município do Rio de Janeiro, citando ainda as políticas públicas vigentes para controle da desta no país e na cidade. Já o terceiro capítulo trabalha uma análise reflexiva das determinantes sociais em saúde, na tuberculose, repassando o surgimento e a produção das desigualdades, além de traçar a correlação entre a tuberculose dos desiguais, com a pobreza, a miséria e as

políticas públicas, sob uma perspectiva crítica com o uso das teorias de biopolítica e biopoder de Foucault.

CAPÍTULO 1 - TUBERCULOSE: HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA

A saúde é o resultado de uma produção social, transcende qualquer questão biológica e depende da forma como se organiza e vive a sociedade, incluindo as influências globais. Grande parte das doenças infectocontagiosas são um problema, e de forma clássica a tuberculose é uma delas. O texto do primeiro capítulo pretende situar a tuberculose através do tempo, abordando sua presença e contextualização histórica dos primórdios até os dias atuais. Aspectos sintomatológicos, científicos, clínicos de prevenção e tratamento, psicológicos, sócioeconômicos e culturais, são descritos em uma evolução que inicialmente passa pelo resto do mundo, abrindo caminho para o relato da chegada e evolução desta nas Américas e especificamente transferindo-a para o cenário nacional, quando em um paralelo pode-se acompanhar como esta emergiu e como se construiu a trajetória da doença e dos enfermos como uma fato social tanto no resto do mundo quanto no Brasil.

1.1 – TUBERCULOSE - A DOENÇA

A tuberculose não é uma doença nova, certamente uma das mais antigas que afligem a humanidade, e tão antiga quanto a constituição da sociedade, leva mais indivíduos ao óbito que qualquer outra doença infecciosa, permanecendo como importante problema de saúde pública até os dias atuais. Suas vítimas, principalmente a partir do século XIX, tornaram-se objeto de pesquisa exaustiva, dado ao enfoque incentivado pelo medo coletivo e ao cotidiano urbano-industrial, adotado pela sociedade da época.

Ela afeta principalmente o parênquima² pulmonar e também pode ser transmitida para outras regiões do corpo, incluindo as meninges, rins, ossos e linfonodos³ e o principal agente infeccioso é o bacilo, *Mycobacterium tuberculosis*, um bastonete aeróbico ácido resistente⁴, que cresce lentamente e é sensível ao calor e à luz ultravioleta (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

² Conjunto de células responsáveis pela função de um determinado órgão. Formado por células vivas, é a parte essencial especializada de um tecido que constitui a parte funcional dos órgãos. Encontrado nos rins, pulmões e cérebro.

³ Também conhecidos como gânglios linfáticos, são pequenos órgãos perfurados por canais que existem em pontos variados da rede linfática, uma rede de dutos que faz parte do sistema linfático. Atuam na defesa do organismo humano e produzem anticorpos.

⁴ Bactéria com propriedade físico-química de resistência à descoloração da fucsina básica (vermelha) a qual penetra na célula por ação do fenol e do calor.

No prazo de 24 horas um indivíduo infectado pode expelir até 3,5 milhões de bacilos da tuberculose, muitos deles presentes em gotículas microscópicas que são eliminadas através da tosse, do espirro ou no processo da fala. Estas minúsculas partículas podem flutuar por um período de até 8 horas, depositando-se em roupas, lenços, livros, móveis e na poeira. Eventualmente, as menores gotículas podem ser aspiradas por outros indivíduos, sendo que se não forem retidas pelas mucosas do nariz e da garganta, o material pode atingir os bronquíolos respiratórios e os alvéolos, tornando-se substância infectante.

(BERTOLLI FILHO, 2001, pag.29)

1.2 – A CONTEXTUALIZAÇÃO NO MUNDO

Relatos históricos demonstram que civilizações convivem com o agente infeccioso e a doença há milênios. Detectada em múmias egípcias, datadas de 3000 anos, foi evidenciada após a descoberta de lesões causadas pela doença. Nas Américas do período pré-Colombiano, foi encontrada em múmias do Peru de 900 d.C., no que poderia ser sinal da existência da doença antes do contato entre indivíduos do “novo” e “velho” mundo (WHO, 1993).

Outro dado relevante é que por volta de 400 a.C. a doença foi descrita por Hipócrates, médico grego, de forma minuciosa, identificando-a como *Phthisis* (Tísica), termo importado da Índia e que significa emagrecimento ou depauperação do corpo. Entre os romanos também era comum e citada nos escritos de Plínio, o Velho, de Galeno e de Areteu da Capadócia, e que contrários a cultura grega de acometimento pulmonar por expressão de outras patologias como a pneumonia, atribuíam a esta o status de “úlceras pulmonar”, produzida por meios mecânicos ou traumáticos, ocasionando a laceração dos pulmões, ou seja, uma ferida dava origem a uma inflamação que, se não curada em poucos dias, transformava-se em uma tísica. Já nessa época, o envio de tuberculosos para regiões de clima quente e seco, combinado a grandes viagens marítimas, se fazia comum pelo apelo a climatoterapia. (BERTOLLI FILHO, 2001).

A medida que os povos aumentavam seus domínios com as guerras, levavam ou entravam em contato com o bacilo ainda desconhecido, e seguiam espalhando a tuberculose mundo afora. Evidenciada em nós de linfa cervicais ou nós de linfa do pescoço em sua forma ganglionar⁵, foi também encontrada na Idade Média e denominada como “Mal do Rei”, onde se acreditava que

⁵ Tuberculose ganglionar, identificada em lifonodos, ou ganglios linfáticos existentes na região cervical, e do pescoço.

sua cura era possível através de um toque dos reis da França e Inglaterra nos afetados, conjuntamente com orações dos Cardeais que os acompanhavam, trazendo peso à concepção religiosa cristã de moléstias como produto da vontade divina, que se abatia sobre os puros de alma e anunciava as fragilidades da carne e a necessidade de profundo aperfeiçoamento da existência espiritual. Propagou-se o mito da doença real, transformando-a em objeto de curas milagrosas (SOUZA, *et al* 2002).

Ainda durante a Idade média, a renovação e ensino da prática médica europeia trouxe limitadas novidades sobre o problema representado pela tísica, e a motivação para o escasso interesse pela tuberculose, no período, deve-se ao fato de um retrocesso no número de adoecimentos, consequência do declínio da vida urbana na Europa. Entretanto, com o adentrar do século XV, ela volta a se mostrar alarmante, com ampla disseminação entre os povos europeus, tomando dimensão inquietante, mas de escasso conhecimento popular, que perdurou até o fim do século XVIII, período em que anatomistas e fisiologistas conquistam mais conhecimentos sobre ela (SOUZA, *et al* 2002).

Em meados do século XVII, a tuberculose assume elevadas taxas de mortalidade na Europa Ocidental, e no século XVIII, teve seu pico de predominância causando em torno de 900 mortes a cada 100.000 indivíduos, fato que fez com que Fernando VI, rei de Espanha, proclamasse em 1751 uma lei que obrigava médicos a informarem as autoridades de saúde todos os casos de tuberculose, afastando adoentados da coletividade e incinerando pertences dos falecidos. Ao fim deste século, surgiu a denominação de “Peste Branca”, contraponto as epidemias da “Peste Negra ou Bubônica”, e nesta época ainda continuavam desconhecidas as questões de transmissibilidade associadas a locais fechados, cheios, com pouca ventilação, muita umidade, ausência de condições de higiene e a nutrição deficiente, fatores determinantes para propagação da moléstia. Essa mortalidade cresceu ainda mais, durante o século XIX, após iniciada a revolução industrial e a degradação de vida que esta gerou, numa população forçada a migrar para as cidades, barateando mão-de-obra, inchando centros urbanos e empobrecendo a todos. É o auge do assolamento impiedoso da tuberculose sobre a sociedade (COSTA, 1998).

De forma metafórica, ao final do século XVIII e durante o transcorrer do século XIX, ela era tida como misteriosa e incurável, despertava pavores, contudo, sem correlação com o universo científico, o senso comum elaborou uma visão romântica da doença, como expressão física de interioridade de sentimentos conturbados, sendo reconhecida no campo artístico e literário como “doença da paixão” (SONTAG, 2002).

Neste caso, em especial, poetas, intelectuais e artistas traziam uma concepção da doença como um sintoma de caráter nobre e de genialidade artística, adquirida e querida por aqueles que repugnavam os comportamentos comuns, as atividades corriqueiras e a moral vigente. Esta era uma forma romantizada de se aproximar do sentido mais elevado da vida. Era o recurso para negação do mundo concreto, expressão da desilusão para com a vida social, originadas por mudanças significativas dos valores político-sociais, que caminhavam entre a aversão às paixões exaltadas e a propagação do novo ideal de produtividade (PÔRTO, 2007).

Eu desejo uma doença grave, perigosa, longa mesma (sic), pois já me cansa essa monotonia da boa saúde. Mas queria a tísica com todas as suas peripécias, queria ir definhando liricamente, soltando sempre os últimos cantos da vida e depois expirar no meio de perfumes debaixo do céu azulado da Itália, ou no meio dessa natureza sublime que rodeia o Queimado.

(CASIMIRO DE ABREU, 1858, apud PÔRTO, 2007, p. 44)

Após a segunda metade do século XIX ela emerge socialmente, e não mais como manifestação física de uma espiritualidade refinada, sua disseminação, principalmente entre as populações desfavorecidas, passou a gerar preocupação por ser sintoma de desordem social (PÔRTO, 2007).

Outro dado relevante é que, antes de sua descoberta científica, também foi por bastante tempo considerada uma doença de origem hereditária, pois quando um indivíduo adoecia, vários membros de sua família também adoeciam. Não existia a percepção de que o confinamento familiar era propensor a propagação da doença entre o grupo, e a concepção de mal contagioso, e a determinação de um agente etiológico específico precisou de consolidação para assumir o lugar da hereditariedade, com a medicina estabelecendo teorias que justificassem o conjunto de sinais e sintomas apresentados por ela, como o definhamento do corpo, determinantes da Tísica (NASCIMENTO, 2005).

Foi no decorrer das últimas décadas do século XVIII, que a reorganização médica iniciada constituiu um saber clínico que permitiu um olhar inovador sobre a doença e os doentes, propiciando novas percepções a respeito da tuberculose e dando prosseguimento a novas descobertas no decorrer do próximo século. Em 1860, Pasteur já havia firmado a sua teoria dos germes, fazendo crescer a noção de que a tuberculose encontrava-se no rol das doenças contagiosas, mas ainda se desconhecia seu agente infectante e sua terapêutica ainda se mantinha

arcaica. Nesta mesma época, precisamente em 24 de Março de 1882, o médico patologista e bacteriologista, alemão, Heinrich Hermann Robert Koch, descobriu então o bacilo causador da tuberculose, o *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), ou popularmente denominado bacilo de Koch.

Nos dias atuais, a data abriga o Dia Mundial da Tuberculose, determinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela União Internacional Contra Tuberculose e Doenças Pulmonares, celebrando a descoberta da doença como um enorme passo na luta pelo controle e eliminação da mesma, o que também rendeu a Koch o Prêmio Nobel de Medicina em 1905 (SOUZA, *et al* 2002).

Segundo Koch, a tuberculose era uma patologia causada exclusivamente pelo bacilo que recebeu o seu nome e que atingia tanto os homens quanto os animais, sendo que o contágio era atestado como resultado da eliminação do micróbio do corpo enfermo, por meio do espirro e do catarro. A permanência da substância em gotículas que flutuam no ar ou o seu depósito em objetos e na poeira consistiam em perigo iminente, pois assim ampliavam-se as oportunidades de infecção dos sadios.

(BERTOLLI FILHO, 2001, pag.39)

Ainda no século XIX, o mundo passa a contar com a tríade perfeita para o diagnóstico da doença, com a descoberta dos Raios-X, a já existência do estetoscópio e a comprovação laboratorial do bacilo através dos exames denominados Pesquisa de BAAR (Bacilos Alcool Ácido Resistentes), que determina a baciloscopia através do escarro e o PPD (Purified Protein Derivative), que é a prova tuberculínica e um método auxiliar para diagnóstico de não imunizados. Estes somados aos já conhecidos sinais e sintomas da tuberculose, e seu comportamento proliferativo e contagioso, fizeram eclodir definitivamente a era da crença na necessidade absoluta de isolamento em sanatórios e preventórios, com repouso total, além de exposição ao sol e boa alimentação, afinal sua terapêutica se mantinha uma icógnita e usavam-se medicamentos experimentais a base de quinino, creosoto, enxofre, cálcio e preparados de ouro e bismuto (SOUZA, *et al* 2002).

Ao adentrar o século XX, sua concepção é de uma forma diversa a anterior, romantizada. Já identificada como um mal social, sua ocorrência efetivamente é atribuída e associada a hábitos e condições de vida. Afinal, a romantização da mesma ignorava a condição de miserabilidade e pobreza dos indivíduos, e principalmente o padecimento de corpos

tuberculosos entre os menos favorecidos. Se ao início do século XIX a febre por tuberculose era relacionada a febre da paixão e das almas sensíveis, após a identificação do agente causador, de forma praticamente simultânea a descoberta feita por Koch, doentes passaram a ser identificados como “degenerados, vítimas da miséria e principalmente do desrespeito as regras morais”. E dada a estas circunstâncias, aos acometidos restou a alternativa de “exclusão social e o consequente isolamento em estações de cura, instituições sanatoriais, onde especialistas médicos tentavam a correção dos espíritos e a cura dos corpos” (BERTOLLI FILHO, 1999).

Nesse momento o doente descobre-se desqualificado para o casamento, exercício de atividades habituais, e alicerce de outros membros da família, fazendo com que o pavor a tuberculose fosse menor por estar condenado a morte física do que a condenação da morte moral. Ligada a miséria social, um caso de tuberculose na família se tornava sinal de vergonha, passando a ser ocultada entre as classes mais altas, afinal ela também estava associada a hábitos inadequados de vida, falta de cuidados com a própria saúde e a vida boêmia.

A impotência medicamentosa acaba impondo a todos às soluções paliativas conhecidas desde as civilizações mais antigas, e se no início do século XIX o clima praiano e campestre prevaleciam como indicação, no final deste a medicina germânica propulsiona um movimento que creditava as regiões montanhosas e frias o ideal para o tratamento dos infectados, fato este que leva a uma explosão do surgimento de instituições sanatoriais em regiões como estas.

No transcorrer do período, foi necessário aguardar que estudos fizessem surgir, somente em 1921, a vacina anti-tuberculose BCG – Bacilo Biliado Calmette e Guérin, que, descoberta em 1906, sofreu forte resistência pública e distorções de suas propriedades preventivas, comprometendo os esforços de combate à doença, até que essa pudesse se firmar efetivamente como método preventivo. Com a chegada da década de 30, marcada pelos avanços científicos, foi questionado o “fator clima” no tratamento e cura da tuberculose.

Até a década de 40 o tratamento se resumia exclusivamente a boa alimentação e ao repouso nos sanatórios, contudo, com o surgimento dos quimioterápicos antibióticos⁶, promoveu-se então uma tuberculose primordialmente ambulatorial, o que paulatinamente ocasionou a desativação dos sanatórios ao redor do mundo, com a “Peste Branca” sendo efetivamente enfrentada (SOUZA, *et al* 2002).

A partir da década de 60, foi instituído o esquema terapêutico definitivo, usando três antibióticos ao mesmo tempo, com isso atingiu-se a cura de 95% dos pacientes que utilizaram

⁶ Em 1944 a Estreptomicina foi descoberta como antibioticoterapia eficaz, e após descrita em laboratório em 1912, a Isoniazida, também teve eficácia comprovada para o tratamento da mesma em 1945.

este esquema medicamentoso diariamente por 18 a 24 meses. A ciência e o saber já avançados a respeito da doença levaram as nações desenvolvidas a acreditarem que ao fim do século XX a doença estaria, senão erradicada, pelo menos confinada aos países pobres. Entretanto, os intensos movimentos migratórios populacionais, o desmantelamento dos sistemas de saúde pública, a crise social-financeira mundial, e o advento da AIDS ao final da década de 80 e fortalecido no início dos anos 90, fizeram desmoronar esta teoria e este ideal, tornando a tuberculose a companheira da evolução humana enquanto a miséria existir.

1.3 – HISTÓRICO E EVOLUÇÃO NAS AMÉRICAS E NO CENÁRIO NACIONAL

Falar de sua evolução nas Américas, por sua vez, requer citar a relação com a chegada dos europeus ao novo continente. Relatos referem-se a grande mortandade de índigenas norte-americanos, quando privados de liberdade e confinados em reservas, elevando taxas de mortalidade de 100 para cada 10.000 índigenas em 1881, para 900 em 1886, e 1.400 posteriormente; todos com morte pela doença disseminada por todo o organismo, num período de três a nove meses (SOUZA, *et al* 2002).

A presença da tuberculose no Brasil ainda gera dúvidas quanto a sua origem. Após a instituição, por estudiosos, de uma visão do perfil epidemiológico das populações do período anterior a chegada de Cabral, através da repetição de observações registradas pelos primeiros visitantes da colônia, a historiografia fez prevalecer a versão de que, antes da chegada dos europeus, agrupamentos índigenas desfrutavam de saúde perfeita, sendo afetados por raras patologias, todas de pouco risco a vida (BERTOLLI FILHO, 2001).

Negada sua existência entre tribos brasileiras nativas, o contato definitivamente aconteceu com a chegada dos conquistadores brancos, sendo ela introduzida pelos portugueses e missionários jesuítas a partir do ano de 1500, e atribuindo-se a estes o papel de primeiros disseminadores da doença entre os índios, e que de fato tornou-se uma das principais causas de mortes entre eles, a partir do século XVI, contribuindo para o decréscimo populacional entre os tupi-guaranis catequizados. Essa condição de história biológica, que não incluía a tuberculose, resultou no desaparecimento de inúmeras tribos, e fez da doença uma marca da epidemiologia do continente (BERTOLLI FILHO, 2001). Exemplo disso se identifica no fato de o padre Manoel de Nóbrega, em carta enviada ao seu Provincial Miguel Torres em 1557, descrever seus

males: “A mim devem-me já ter por morto, porque ao presente fico deitando muito sangue pela boca”. Em outubro de 1570, viria a morrer de hemoptise⁷ maciça (SOUZA, *et al* 2002).

A recorrência do negro africano escravizado permitiu o surgimento de um novo grupo não tuberculinizado anteriormente, acometido pela doença no território brasileiro. Os negros africanos figuravam também entre as principais vítimas da doença. Afinal, condições de vida e de trabalho excessivo, dieta alimentar precária, alcoolismo e fumo, colaboravam para disseminação da moléstia entre estes e seus descendentes, contrariando a ideia dos estudiosos que nesta época creditavam à disseminação a fatores biológicos e raciais (BERTOLLI FILHO, 2001).

Relatos e referências a tuberculose no período colonial eram escassos, uma vez que a sífilis, doença sexualmente transmissível, também trazida pelos europeus, era considerada a maior causadora de adoecimento entre os índios, negros e brancos. Contudo, os primeiros relatos da tuberculose no Brasil procuravam associá-la às condições climáticas, sendo mais comum a descrição de doenças reumáticas, males pulmonares e traqueais no Rio de Janeiro. Para Gilberto Freyre, a presença mais frequente da tuberculose no Rio de Janeiro, do que em São Paulo, decorria de alimentação inadequada da população escrava de grandes latifúndios de monocultura, que trazida para o confinamento nas senzalas desconhecia o contato com a doença e por fim se tornava contaminada por seus senhores e feitores (SOUZA, *et al* 2002).

Estragos atribuídos a tuberculose chamavam a atenção de autoridades públicas, principalmente após o estabelecimento da Família Real no Rio de Janeiro. Citações do Dr. José Jobim (Fundador da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro – 1829), sempre engajado em uma abordagem higienista baseada em estudos sintomatológicos e anatomopatológicos, datadas de 1835, também indicam o trabalho forçado nas cidades e a má alimentação como responsáveis pelo predomínio de várias moléstias entre operários e escravos domésticos no Rio de Janeiro (REVISTA MÉDICA FLUMINENSE, 1835)⁸.

As dificuldades em limitar os avanços da doença levavam a população a recorrer a multiplicidade de medicamentos experimentais, práticas curandeiras de origem africana e à flora nativa. A procura por enfermarias hospitalares era evitada pelo medo e pela escassez de leitos, aumentando a dificuldade de assistência médica direcionada. Dividindo leitos, ou

⁷ Expectoração de sangue proveniente dos pulmões, traqueia e brônquios, mais comumente observável na tuberculose pulmonar.

⁸ Revista Médica Fluminense, Rio de Janeiro, 1835, disponível em: <http://bndigital.bn.br/acervo-digital/revista-medica-fluminense/341622>

acomodados em leitos vizinhos a outras patologias, tuberculosos favoreciam uma parceria mortal entre moléstias, levando praticamente todos a óbito.

Foi este fato que levou a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em 1840, a instalação de uma enfermaria exclusiva para tratamento de acometidos por doenças do peito, induzindo também a construção de um hospital distante do centro urbano, com destinação exclusiva a tuberculosos. Em 1866, autoridades sanitárias do Império decidem por seguir os modelos adotados e preconizados no continente europeu, instituindo atividades no primeiro nosocômio⁹ especializado na assistência a tuberculosos, localizado em Cascadura, subúrbio do Rio de Janeiro, desativado em apenas duas décadas, pela ausência de recursos públicos e privados (BERTOLLI FILHO, 2001).

Os dados mais alarmantes da história da Tuberculose na cidade do Rio de Janeiro dão conta de que, em meados do século XIX, quase todas as famílias cariocas possuíam ao menos um de seus membros comprometidos pela doença. Estudos do Dr. João Vicente Torres Homem, datados de 1882, davam ênfase aos danos individuais e coletivos da mesma, e ao fato de que nesta época e nas décadas antecedentes, a tuberculose havia feito o maior número de vítimas em todo o território brasileiro, transformando-se no principal, mais assustador e ameaçador mal da Capital Imperial.

Contudo, o mesmo não dava crédito às novas descobertas microbianas apresentadas por Koch, mostrando-se pouco convencido disto e mantendo-se fiel ao viés de hereditariedade, um pressuposto típico e tradicional dos povos Ibéricos. Em 1894, até a Escola Médica do Rio de Janeiro se mantinha descrente de todo movimento mundial, mantendo a tradição, e raros eram os que aceitavam a doença como infecto-contagiosa. Os médicos mais arrojados eram cautelosos, creditando a infecção tanto a hereditariedade, quanto a ação bacilar (BERTOLLI FILHO, 2001).

Segundo Bertolli Filho, a preocupação efetiva com ela, instalada ao final do século XIX, se deu pela necessidade do país se realinhar com o cenário internacional, afinal, com o passar do tempo no Brasil, tanto quanto em outras partes do mundo, ela foi se tornando um fenômeno cada vez mais urbano, o que fez com que os interesses pelo seu controle partissem das elites das capitais.

Foi na chegada da República que se incentivaram debates que resultaram na elaboração de um de um Plano Nacional Modernizante, amparado no modelo dos tais “países civilizados”, e com atuação na Saúde Pública, setor considerado prioritário a intervenção, limitando prejuízos

⁹ Hospital, local próprio destinado ao tratamento e à internação de pessoas, doentes e feridos.

causados por um conjunto de doenças que interferiam na dinâmica de circulação de homens e mercadorias, afinal o padrão sanitário do país foi considerado o agravamento de sua imagem perante o resto do mundo enquanto uma economia agrário-exportadora, inibindo o estabelecimento de novos elos econômicos, o que era contrário aos interesses do mesmo. Apesar dos esforços, esta intervenção e a atenção a esta demanda foi direcionada basicamente aos grandes centros urbanos, com maior densidade populacional e acumuladores das riquezas nacionais. O enfoque deste controle tinha fins econômicos, e não no estado de saúde e necessidades do cidadão, afinal o objetivo se detinha a dinamizar e melhorar a circulação de homens e mercadorias, fundamental para o bom funcionamento da economia (BERTOLLI FILHO, 2001).

Nas primeiras décadas do século XX, pronunciar o nome tuberculose no país era sinônimo de mau presságio, sendo praticamente impossível fugir dos esteriótipos e pavores que ela representava. Nesta mesma época a prevenção do contato e amparo aos doentes pobres se deteve a iniciativas da sociedade civil, criando patrocínio às instituições que se propunham a este objetivo. Não havia recursos oficiais ou atenção de agentes públicos destinadas a este fim, o atendimento aos tuberculosos ainda se concentrava nas Santas Casas, e sem área reservada ao isolamento dos doentes infectantes (BERTOLLI FILHO, 2001).

Foi também no século XX, que se iniciou no país um intensivo processo de desmistificação da tuberculose e da figura do portador da doença. Esta, de fato, passou a se caracterizar como um sintoma evidente de miséria social, e mesmo com a migração da tuberculose para as camadas mais pobres da população, o traço da degeneração moral continuou presente ao nível da percepção popular da doença, uma vez que se associava à fome, à incapacidade de prover recursos mínimos para a sobrevivência e também aos excessos. Nesse sentido, persiste, ainda hoje no imaginário social, o processo de estigmatização da tuberculose e das pessoas doentes (PÔRTO, 2007).

Os primeiros e verdadeiros movimentos sociais de combate a tuberculose creditados a iniciativas filantrópicas, eram intermediados pela Liga Brasileira contra a Tuberculose instalada em 1900 no Rio de Janeiro e pela Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos no Estado de São Paulo, de 1899. Economicamente esta era a área mais rica do país, incrementada pela imigração européia para as terras do café, e onde a doença ganhou proporções ao apoderar-se da região (ANTUNES, *et al*, 2000).

Com a Associação Paulista, foi reproduzida no contexto nacional a experiência germânica, com a construção de sanatórios populares (voltados ao isolamento nasocomial e tratamento

continuado), e dispensários (dedicados à procura dos focos de contágio, à difusão de noções de higiene à prestação de assistência médica e social aos doentes inscritos), além de movimentos educativos de prevenção e do contágio da doença. Em 1903, esta foi rebatizada como Liga Paulista Contra a Tuberculose, e serviu como inspiração para campanhas estaduais focadas no tratamento e prevenção da tuberculose pelo país, utilizando o binômio dispensário/sanatórios como dificultador da disseminação da enfermidade (ANTUNES, *et al*, 2000).

A apatia governamental federal só começou a se dissipar em 1907, ano em que Oswaldo Cruz propôs ao Congresso Nacional a aprovação de uma lei que determinava obrigatoriedade clínica de notificação dos casos de tuberculose, criação de serviço especializado na enfermidade e ocupação do sanatório de Campos do Jordão (BERTOLLI FILHO, 2001).

No Rio de Janeiro a experiência seguiu os mesmos padrões, mas a Liga Brasileira defendia uma maior participação e esforços do Estado nas ações de prevenção e controle, reestruturando serviços e preceitos municipais. Um ideal não concretizado devido a ausência de recursos, e coube a esta a manutenção de dispensários por intermediação de associados, subvenções, eventos, associações beneficentes, igrejas, entre outros. Uma intervenção estatal mais significativa deu-se então em 1920, com a criação da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, estabelecendo estratégias de combate a doença e introduzindo ao cotidiano carioca novos dispensários (ANTUNES, *et al*, 2000).

As atividades nos Dispensários eram de preferência destinadas a população pobre, abrangendo exames diagnósticos, encaminhamentos a consultas médicas e serviços de profissionais de enfermagem. Usualmente, também era oferecida assistência social aos necessitados, com recursos de filantropia, como o da Cruzada Nacional Contra a Tuberculose, e a Associação de Socorro aos Tuberculosos (1925), com distribuição de inúmeros itens de necessidades básicas, além de medicamentos e orientações profiláticas (ANTUNES, *et al*, 2000).

Também data deste período a criação, no Rio de Janeiro, do Serviço de Enfermeiras da Saúde Pública, destinado a atividades de educação em saúde, dando continuidade as ações dos dispensários. Enfermeiras visitadoras eram encaminhadas aos lares, orientando famílias quanto aos cuidados de tratamento e prevenção, além da distribuição de material explicativo, mas a eficácia do trabalho ainda se chocava com a dificuldade de diagnóstico precoce da doença. Seguindo o rol de ações implementadas pelos dispensários, a profilaxia com a vacina BCG passou a ser administrada via oral, após ter sua produção iniciada em 1927, pelo Instituto Vital Brasil, no Rio de Janeiro (BERTOLLI FILHO, 2001).

Nessa época, ainda era na instalação dos sanatórios que o Estado depositava as maiores expectativas em torno da cura da tuberculose. Nos mesmos moldes europeus, estes ofereciam acompanhamento contínuo, alimentação e repouso para amplificar os efeitos de redução de contágio. Mas relatos do Brasil e do resto do mundo dão conta de que, contrariando a narrativa atribuída a eles, a maioria de doentes ali presentes era desprovida de recursos materiais que lhes propusessem desfrutar dos melhores serviços, refletindo sim uma experiência prisional, que antecedia a morte, e onde a cura podia ser possível, mas parecia sempre distante.

Os mais abastados financeiramente também sofriam, tanto pelas condições de acomodação, quanto pela necessidade de executar suas tarefas diárias, em detrimento da assistência médica e medicamentosa mais barateada, sem contar o preço intangível pago pelos cidadãos devido ao isolamento, exclusão do mundo, ruptura social e moral, repressão da sexualidade, desequilíbrio emocional e duras regras disciplinares impostas, nas chamadas metaforicamente “casa dos mortos” (ANTUNES, *et al*, 2000).

Nos anos 30, durante os primeiros anos da era Vargas, houve centralização das decisões e uma intensa intervenção governamental, incluindo a esfera correspondente a saúde coletiva. Em 1931, ocorre a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, afirmando a determinação do novo governo em redefinir definitivamente a imagem do Brasil.

Múltiplas epidemias e endemias entre a população levaram a implementação de um novo instituto sanitário. Esse destinava-se ao restabelecimento da capacidade produtiva do proletariado, em reposição à força de trabalho oriunda do continente europeu. Em 1934, a Assembléia Nacional determina que cabe ao Estado zelar pelas condições sanitárias do país, com ações de educação e prevenção às mais variadas moléstias, mas, mesmo assim, as verbas federais destinadas a esta estratégia eram reduzidas, tornando cada vez mais crítico o perfil epidemiológico do país (BERTOLLI FILHO, 2001).

Foi neste cenário que ocorreu o ápice da epidemia tuberculosa no Brasil, oriundo da forte influência de uma urbanização provocada pelo incentivo industrial, com auge dos movimentos migratórios para os grandes centros urbanos. Este é o período em que se traça a associação da doença com o aumento da pobreza e a urbanização desregular, eliminando-se totalmente a problemática biológica exclusiva, assumindo-se, portanto, seu viés socioeconômico por completo, principalmente por que seu principal foco de acometimento eram os indivíduos de idade economicamente ativa e em situação de vulnerabilidade (BARRETO, 2017).

Outra versão apresentada era associada à trajetória dos indivíduos e a uma analogia, principalmente à figura dos migrantes, que segundo relatos chegavam às cidades “esbanjando

saúde”, mas com fascínio pela vida metropolitana, tirando proveito de seu estado civil, sem compromissos, seduziam-se por “más-companhias”, tornavam-se exímios frequentadores de bares, de alimentação irregular e gasto de horas noturnas sem descanso, acompanhadas de bebedeiras. Tudo isso signo social do perfil traçado para o futuro tuberculoso, considerado aquele que dava as costas para sombria realidade.

É neste momento que, segundo Bertolli Filho (2001), a educação em saúde se tornou instrumento fundamental do Estado para contenção da enfermidade, e para introduzir na vida dos cidadãos os padrões modernos que deveriam conduzir a vida do proletariado industrial, ou seja, associando o bem-estar individual com o compromisso produtivo da vida em sociedade, afinal a tuberculose tinha atingido taxas de mortalidade elevadíssimas, era uma das principais causas de óbito e ao Rio de Janeiro eram creditadas as maiores taxas, acometendo indivíduos entre 20 e 49 anos, em sua maioria do sexo masculino.

Como as ações intervencionistas em saúde coletiva ocorreram pautadas em interesses econômicos, em 1941 é instituído o Serviço Nacional de Tuberculose, que lança, no ano seguinte, a primeira Campanha Nacional contra a Tuberculose – CNCT, composta por uma comissão técnica que reunia importantes figuras do cenário científico nacional, proporcionando enfim o período de declínio da doença ao final dos anos 40, com a introdução de novas tecnologias e ações de controle (SOUZA, *et al* 2002).

Nas décadas subsequentes, com o acompanhamento ambulatorial e o advento da descoberta e desenvolvimento da terapia quimioterápica por antibióticos, a doença se torna curável, e é o fim da era de isolamento clínico e social sanatorial também no Brasil, difundindo-se por toda a sociedade brasileira a afirmativa de que só morria por meio da tuberculose quem não se tratava. Todavia, a alta prevalência permanecia nas principais cidades, pois a superlotação urbana dificultava o acesso aos serviços, mesmo que indicadores econômicos e sociais tivessem evoluído, e a expansão da assistência médica ocorrido.

Em meados dos anos 50 a distribuição dos quimioterápicos antibióticos para combate da doença é iniciada com caráter de exclusividade pelos Centros de Saúde, contribuindo para a queda dos índices de mortalidade pela moléstia, principalmente entre as camadas mais pobres da população, e a polarização da doença nos extratos sociais mais baixos intensificou a intervenção estatal, fazendo prevalecer ainda mais os conceitos dos riscos associados às más condições de vida e a pobreza como fator disseminador. O sofrimento idealizado migra para os terrores de degradação física e social, fazendo com que a intervenção do Estado observe e se preocupe com o contágio nas relações interpessoais entre classes sociais distintas,

principalmente nas oriundas das interações de trabalho. Contudo, nem com todas as novidades, atribuídas ao conhecimento científico, houve alterações nos padrões discriminatórios e estigmatizadores dos doentes, o que também não diminuiu as marcas morais atribuídas a estes enfermos (BERTOLLI FILHO, 2001).

Apesar da terapia medicamentosa ter sido iniciada na década de 50, o primeiro esquema medicamentoso “padronizado e unificado” no Brasil foi iniciado em 1964, com a Estreptomicina, Isoniazida e o PAS (Ácido para-aminossalicílico). Este foi substituído em 1974 por outro esquema contendo Tiacetazona com duração de 12 meses, o que causava altos índices de intolerância e abandono. Ao final desta década, o Brasil foi pioneiro em padronizar o esquema de curta duração, 6 meses, para todo o território nacional, com Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida. Para todas as modalidades de tratamento, os esquemas eram praticamente os mesmos, e perduram padronizados da mesma forma até os dias atuais, com fornecimento exclusivo e gratuito pelo Governo Federal (BJHBS, 2006).

Durante a década de 80, ainda mediante o cenário de intervenção estatal, experimenta-se a nova recaída da tuberculose. Associada a entrada no Brasil do então descoberto Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), resurge uma grande epidemia da doença, que trouxe a perda do controle da moléstia por parte do Estado. O HIV tornou-se uma porta aberta para a contaminação e desenvolvimento da tuberculose. O bacilo de Koch passou a ser considerado uma das maiores complicações para os acometidos pelo vírus, onde confirmou-se a co-infecção da tuberculose nas classes mais pobres da população, além de boa parte dos acometidos estar entre os grupos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBTT), neste caso, fugindo da correspondência exclusiva com classe social (OMS). Outro fato importante que data desta mesma época é o surgimento da Tuberculose Multidroga Resistente¹⁰ (TBMDR), agravando ainda mais o problema da doença.

Declarada como emergência mundial pela OMS¹¹ em 1993, as principais razões para o aumento de sua incidência continuavam apontando para a pobreza, a grande desigualdade social, a AIDS¹² (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), envelhecimento da população e grandes movimentos migratórios, resultando no país na criação, em 1996, do Plano Emergencial de Controle da Tuberculose pela então Coordenação Nacional de Pneumologia

¹⁰ É aquela que apresenta resistência aos fármacos de primeira escolha utilizados no tratamento da tuberculose pulmonar por *Mycobacterium tuberculosis*, que pode se tornar uma cepa resistente por fatores diferenciados como o abandono do tratamento, e que pode tornar a doença sem tratamento efetivo.

¹¹ Organização Mundial de Saúde.

¹² Doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, que ataca o sistema imunológico, e que é o responsável por defender o organismo de doenças.

Sanitária. Este objetivava elevar o número de municípios com foco no diagnóstico e tratamento da tuberculose, visando reerguer o Programa de Controle da Tuberculose ao transferir para os Estados a responsabilidade relacionada a treinamento e monitoramento do tratamento pelas campanhas públicas.

Em 1999, o referido Programa se tornou o Plano Nacional de Tuberculose, priorizando o aumento da cobertura aos 5.500 municípios do país, com metas definidas e superiores a do Plano Emergencial. Em 2003, a tuberculose se torna prioridade nas questões de políticas públicas de saúde no Brasil, sendo interligada ao Sistema Único de Saúde (SUS), com extensão para todas as unidades ambulatoriais do país, dentre elas, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), e programas de agentes comunitários de saúde (SANTOS, 2007).

Em 2004 foi aprovado o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), e que atualmente obteve como reforço o acréscimo do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, datado de 2017. Apesar de tantas décadas dedicadas a pesquisa da tuberculose, o informe da OMS, de 2006, estimou aproximadamente nove milhões de casos como incidência daquele ano, proporcionalmente 140/100.000 casos de habitantes no mundo. No Brasil foi atestada uma proporção de 60/100.000 casos, em habitantes no país, mesmo sabendo-se que é tratável e curável.

Com todas as transformações históricas pelas quais passou o setor saúde no Brasil, identifica-se que houve influência direta nas medidas de controle da tuberculose, embora as intervenções sobre a doença oscilem até hoje entre avanços e retrocessos, nunca se conseguindo um controle efetivo, sendo considerada uma doença “ficante” (RUFFINO-NETTO, 1999).

Com o tratamento sendo modernizado desde o século XVIII, até os dias atuais, e com todos os avanços científicos, a relação de novos casos e índices de óbitos pela doença ainda superam as expectativas da OMS, e neste cenário Silva e Boéchat (2004) atribuem às questões sociais o maior complicador para o controle deste mal no país. As condições de moradia e higiene aumentam significativamente as chances de contágio e os fatores socioeconômicos dificultam ainda mais a eficácia do tratamento, induzindo ao abandono da terapêutica. Ou seja, a tuberculose nunca deixou de ser um problema para o Brasil devido a falta de atenção às políticas sociais:

(...) porque na verdade, se olharmos a história da tuberculose em nosso país, esse não é um título verdadeiro, pois a tuberculose nunca deixou de ser um problema entre nós, como nunca deixou de ser um problema do Terceiro Mundo em geral.

(SILVA E BOÉCHAT, 2004, p.479)

CAPÍTULO 2 - A TUBERCULOSE NA ATUALIDADE, EPIDEMIOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS VIGENTES

Ainda hoje, século XXI, a tuberculose continua sendo um problema de Saúde Pública que aflige o mundo. Sua ampla dispersão geográfica, a multiresistência¹³ e a coinfeccção¹⁴ associada ao vírus HIV¹⁵ se unem a sua grande relação com a pobreza, a exclusão social e a miséria, oriundas das desigualdades sociais, do crescimento e adensamento urbano pelo crescimento desordenado, refletindo em iniquidades¹⁶ sociais na saúde. Considerada maior do que um problema médico no Brasil, caracteriza-se como um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores de saúde pública, pelo SUS¹⁷ e governantes, reflexo da problemática social, política e econômica. Embora tenha diagnóstico e tratamento realizados universalmente e gratuitamente pelo SUS, barreiras no acesso e as determinantes sociais funcionam como incremento ao agravo da mesma (SOUZA, 2015).

Neste capítulo procuramos esclarecer o calendário e as metas da Organização Mundial de Saúde para erradicação da doença, o contexto recente de avanço da tuberculose nos cenários mundiais, englobando as Américas, o Brasil e a cidade do Rio de Janeiro, pautando sua presença maciça entre a população em situação de vulnerabilidade¹⁸ e os diversos tipos de impacto oriundos da doença que afligem a população, bem como esclarecer a estrutura e estratégias das políticas públicas de prevenção e combate a tuberculose em vigência no Brasil e no Rio de Janeiro.

2.1 – AGENDA OMS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, uma média de um terço da população do mundo abriga em seu sistema imunológico¹⁹ o bacilo da tuberculose em situação de inatividade

¹³ Quando uma bactéria se torna mais forte e resistente em função do uso inadequado ou indiscriminado de medicamentos antimicrobianos. Neste caso o microorganismo pode ser resistente a um ou mais antimicrobianos de três ou mais categorias.

¹⁴ Infecção simultânea de um organismo hospedeiro por dois ou mais patógenos, ou seja um único ser acometido por dois ou mais microorganismos.

¹⁵ Vírus da Imunodeficiência Humana, causador da AIDS, que ataca o sistema imunológico, responsável pela defesa do organismo contra doenças.

¹⁶ Algo ou alguém que tem um comportamento contrário à moral, à religião, à justiça, à igualdade, etc. A Iniquidade social acontece quando normas e leis destinadas à sociedade não são cumpridas igualmente, e na saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis, injustas e indesejáveis, causadas pelas desigualdades no acesso aos serviços.

¹⁷ Sistema Único de Saúde.

¹⁸ População privada de liberdade, população em situação de rua, indígenas e portadores de HIV.

¹⁹ Sistema de estruturas e processos biológicos que protegem o organismo contra doenças.

(GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT, 2016, p. 4), ou seja, por mais que ele habite este corpo, não existe adoecimento do cidadão e não foi desenvolvida a sintomatologia²⁰ da doença. Isso não significa que este esteja imune, e que não poderá adoecer em algum determinado momento da vida, afinal, a suscetibilidade para o adoecimento pela moléstia é universal. Intrinsecamente ligada às questões sociais, são fatores como a precariedade de moradia, higiene e condições socioeconômicas do ser humano que irão aumentar significativamente as chances de contágio, óbitos e reincidência da doença (OMS, 2016).

Esta é uma perspectiva mundial, caracterizando-a como doença da pobreza, e materializada pela falta de uniformização de distribuição de renda na sociedade e concentração em determinados grupos sociais. Pressupondo que adoecer por tuberculose não é unicamente associado a questão biológica do indivíduo, englobando o fator social no processo de adoecer e curar-se, é preciso também ressaltar que a sociedade e seus grupos sociais, políticas adotadas, aspectos morais, identitários e costumes destes grupos em cada território acabam por se tornar prioridades em vista de um modelo médico-científico elaborado para prevenção, controle e eliminação deste mal.

Dados da OMS registraram que entre os anos 2000 e 2015 houve uma queda de 22% nos casos de mortes globais por tuberculose, mesmo assim, no ano de 2015 esta superou a AIDS como doença infecciosa de agente único com o maior número de vítimas mortais, sem perspectiva de perda desse posto, mantendo-a no grupo das dez principais causas de mortes mundiais. Ainda em 2015 foram estimados 10,4 milhões de casos desenvolvidos da doença, com 1,4 milhões de mortos e 6,1 milhões de novos casos, o que levou o ano a ser intitulado marco histórico da doença pela OMS. Em 2016, na Assembleia Mundial de Saúde e na Assembleia Geral das Nações Unidas, foi proposto acabar com a mesma como um problema de saúde pública até 2035. Neste cenário, governos concordaram em plenária com o cumprimento das estratégias e metas para prevenção, atenção, controle e erradicação da doença, em um acordo global de estratégia “Fim da Tuberculose”, eliminando-a como pandemia²¹, expressando metas de levá-la a menos de 10 casos para cada 100 mil habitantes no mundo e redução do número de óbitos por tuberculose em 95% com menos de 1 morte/100 mil habitantes, sob o contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável²² (OMS, 2016).

²⁰ Conjunto de sinais e sintomas observados no exame de um paciente.

²¹ Enfermidade epidêmica amplamente disseminada.

²² Também conhecidos como Objetivos Globais, são um chamado universal para ação contra a pobreza, proteção do planeta e para garantir que todas as pessoas tenham paz e prosperidade.

Pautada em três pilares de sustentação, a estratégia se configura em: integração dos cuidados e prevenção centrada no paciente; políticas ousadas e sistemas de informação integrados, incluindo ações de proteção social aos pacientes e recomendação de acesso universal à saúde; intensificação das pesquisas e ações de inovação e a incorporação de novas tecnologias (OMS, 2016).

Contudo, por mais que uma redução em mortes pela doença tenha sido registrada pelos relatórios da OMS em 2016, comparados a 2015, o número de novas infecções se manteve no período. Isso se traduziu como ligeira queda, ao ser considerado o aumento da população global; e apesar da taxa de mortalidade²³ apresentar-se caindo ano a ano em uma proporção de 3%, e a incidência²⁴ em 2%, esses números não são suficientes, ainda necessitando aumentar para 4-5% e 10% respectivamente, em vias de fazer cumprir o calendário de estratégia de eliminação da doença da OMS, reduzindo-se as mortes em 95%, e a incidência em 90%, até 2035, com base em 2015 (OMS, 2016).

Desde o ano 2000 até os dias atuais, a incidência de tuberculose diminuiu em 37% em todo o mundo, independente disso, em Setembro de 2018 a OMS tornou a lançar um alerta de urgência pela necessidade de controle mundial da Tuberculose, afinal os índices globais de casos registrados em 2017 fecharam em 10 milhões numa proporção de 133 casos/100 mil habitantes e, segundo a organização, apesar de índices de morte pela doença também terem se mandito em redução em 2017, muitos países ainda não estão fazendo o suficiente para eliminar a doença até 2035 (OMS, 2018).

2.2 – SITUAÇÃO ATUAL DAS AMÉRICAS

Em todos os continentes que englobam as Américas, a doença representou em números, 3% da carga mundial de tuberculose, com 268 mil novos casos em 2015, e apesar de curável e tratável, ela também é considerada a doença infectocontagiosa²⁵ que ainda mais mata neste território, onde milhões de pessoas continuam a morrer e se mantêm em sofrimento, mediante dados apresentados no relatório da OPAS²⁶. O relatório ainda detalha que, nas Américas, por

²³ Índice demográfico obtido pela relação entre o número de mortos de uma população e um determinado espaço de tempo, normalmente um ano. Frequentemente a taxa é representada como o número de óbitos por cada 1000 habitantes.

²⁴ Referente à frequência ou à quantidade com que algo novo ocorre. Neste caso a taxa de manifestação de uma determinada doença.

²⁵ Doenças causadas por um agente biológico como por exemplo vírus, bactérias ou parasitas. São transmissíveis, por contacto directo ou indirecto com indivíduos infectados.

²⁶ Organização Pan-Americana de Saúde.

mais que o declínio tenha sido registrado, não se traduziu como suficiente para o cumprimento das metas exigidas pela OMS no acordo da agenda pós-2015, e a persistência foi atribuída, em sua maioria, às grandes desigualdades sociais e econômicas da região (OPAS, 2017).

Números ainda mais recentes, datados de 2017, sinalizam que foram registrados 243.064 mil casos, onde dentre eles 228.943 mil foram de novos casos ou recaídas, com uma mortalidade de 1,8/100 mil habitantes, representando 2,8% da carga de casos de tuberculosos do mundo (OMS, 2018).

Uma doença reemergente em países desenvolvidos, ela nunca deixou de ter níveis muito altos em países em desenvolvimento, e nesse cenário o Brasil se tornou responsável por 1/3 dos casos de tuberculose das Américas, pertencendo ao grupo de 22 países de alta carga para tuberculose²⁷ mundialmente, e entre os 20 países com o maior número de casos confirmados no globo. O país tem um papel extremamente relevante de enfrentamento da doença nas Américas, compartilhando de características comuns à região, como alto índice de urbanização, grande desigualdade social, diversidade étnica e cultural. Ao contemplar 33% de representatividade dos casos de tuberculose nas Américas, em 2015, tornou-se assim a 19ª nação na lista de prioridades para OMS (OMS, 2017).

2.3 – PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO BRASIL

Sua relação histórica de evolução na sociedade brasileira adquiriu profundas modificações ao longo dos anos, ultrapassando a necessidade exclusiva de diagnóstico precoce, tratamento adequado e vigilância epidemiológica. Segundo o próprio Ministério da Saúde (2014), a ocorrência da tuberculose no país continua diretamente relacionada a exposição da população a más condições de vida, oriundas da pobreza e exclusão social. Condições estas que incluem em seu quadro moradias precárias, desnutrição, dificuldade de acesso a serviços e bens públicos, caminhando lado a lado com outros aspectos como a distribuição não uniforme do espaço, grande extensão territorial, crescimento populacional desordenado, movimentos migratórios intensos, concentração demográfica nas periferias de grandes centros urbanos, onde se adensam entre os desfavorecidos e a população em situação de vulnerabilidade os maiores números de casos (BRASIL, 2014).

²⁷ País onde há grande circulação da doença. Estes países atualmente concentram 80% da carga de tuberculose mundial.

Seu ressurgimento fortalecido demonstra na verdade que ela nunca deixou de ser um problema de saúde pública, tendo passado muito tempo esquecida em relação a uma intervenção substantiva em seus determinantes sociais. Com grandes diferenças regionais na incidência e mortalidade, ela apresenta maiores níveis nos estados que concentram a prevalência na infecção pelo HIV, pouco acesso aos serviços de saúde, e enorme diferença socioeconômica, segundo registros epidemiológicos²⁸ (BARRETO et al., 2011).

Nossa tradição deficiente de financiamento para pesquisas também contribuiu como um dos fatores indutores, a continuidade do olhar para ela com uma perspectiva típica do século retrasado, prolongando a prática clínica de diagnóstico com elementos de mais de 100 anos, e a prática de tratamento com descobertas de mais de 50 anos (SILVA E BOÉCHAT, 2004).

Na atualidade, sua configuração difere da apresentada nas décadas anteriores, inclusive no que tange ao comportamento da própria sociedade, e neste caminhar ela também foi associada ao constante quadro de dificuldades e ineficiência na aplicação das estratégias de prevenção e controle de doenças relacionadas com a pobreza e a exclusão social.

Em 2003, a tuberculose foi efetivamente firmada como prioridade na agenda política do Ministério da Saúde, e o governo brasileiro, tanto em razão de suas políticas públicas, quanto em função das prioridades estabelecidas pela OMS desde 1993, assumiu compromissos com seus cidadãos e a comunidade internacional em atuar na redução de sua incidência e mortalidade; instituindo ações preventivas e de controle do agravo. A agenda estratégica de erradicação da doença, proposta pela a OMS em 2015, também fez com que fossem adotadas ações que utilizassem a pesquisa e a inovação para possibilitar a redução de barreiras existentes, como por exemplo o diagnóstico tardio e a evasão do tratamento (BRASIL, 2017).

O “Programa Nacional de Controle da Tuberculose” (PNCT) de 2004, acrescido em 2017 do plano “Brasil Livre da Tuberculose – Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública”, define as estratégias de alcance das metas estabelecidas pela OMS, baseado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e é a política pública²⁹ em vigência na atualidade. Sua implementação foi expandida de forma descentralizada, universalizando a assistência, em todas as unidades ambulatoriais do país, na intenção de promoção e acompanhamento da saúde dos cidadãos em todas as esferas governamentais. De acordo com o Ministério da Saúde, esta política utiliza uma abordagem de ações multisetoriais,

²⁸ Relativo à epidemiologia, ou seja, o estudo do crescimento de epidemias.

²⁹ Conjunto de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico.

de interdisciplinaridade, envolvendo os aspectos sociais, econômicos e ambientais, para além do olhar médico (BRASIL, 2017).

Como parte dessa estratégia, são obtidas informações através dos Boletins Epidemiológicos³⁰ da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS), contemplando dados inseridos nas notificações que partem das unidades básicas de saúde, em todas as Unidades da Federação e Regiões. A tuberculose é uma doença de notificação compulsória³¹, presente na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, e após diagnóstico seu tratamento é de domínio exclusivo do Estado.

Para tal, indicadores agregam e sistematizam informações, a fim de tornar a realidade estudada menos complexa, facilitando a comunicação entre a gestão e a sociedade civil, unindo de forma integradora a saúde, o meio ambiente, os aspectos políticos, sociais e econômicos, em prol de um estilo de vida mais sustentável (BELLEN, 2006).

A Vigilância Epidemiológica³² adota o uso dos indicadores, como mecanismos de estratificação do espaço e de análise da situação de saúde da população, no intuito de criar estratégias otimizadas de planejamento das políticas públicas, buscando a implementação de fato de uma vigilância em saúde que, a partir do território, conheça a dinâmica social em seus múltiplos contextos de usos e costumes.

O SINAN³³, o IBGE³⁴ e o SITE-TB³⁵ reúnem os dados que auxiliam e colaboram na identificação dos avanços alcançados com a atual política pública de controle da doença, com panorama epidemiológico e operacional³⁶, além de monitorar os cenários socioeconômicos que corroboram na manutenção do país como de alta carga para tuberculose (BRASIL, 2018).

Após décadas, o Brasil apresentou uma evolução em seus métodos diagnósticos, e desde 2014, novos estudos voltados a identificar o patamar de resposta ao tratamento da doença no país acabaram por detectar uma tuberculose de ampla magnitude epidemiológica e grande impacto social, independente das políticas atuais (DALCOLMO, 2019).

³⁰ Publicação de caráter técnico-científico, acesso livre, formato eletrônico para casos de monitoramento.

³¹ É um registro que obriga e universaliza as notificações, visando o rápido controle de eventos que requerem pronta intervenção.

³² É definida pela Lei n° 8.080/90 como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

³³ Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

³⁴ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

³⁵ Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose.

³⁶ Mensuração da eficiência com que um órgão ou organização conduz suas operações. Utilizado para verificação dos resultados.

Dalcolmo (2019) relata que, neste mesmo período, o país evoluiu com um decréscimo considerado de suma importância na mortalidade e na taxa de incidência da doença, numa proporção de 2,5% ao ano, mas estes números ainda foram abaixo dos desejáveis, fora o fato de que, recentemente, o Ministério da Saúde acabou comprovando, com seus registros, um aumento nestas taxas, nos três últimos anos. O Brasil registrou uma média, em 2018, de 73 mil casos/ano, com incidência de 34/100 mil habitantes, de uma doença com características marcadamente urbanas. O processo de expansão demográfica e a falta de planejamento territorial exercem influência direta nesses índices, notadamente, o crescimento em extensão da área urbana de forma desordenada tem propiciado a disseminação da doença. O surgimento de conglomerados de imóveis fizeram surgir locais com sérios problemas de saneamento básico, propiciando ambientes favoráveis para tal.

A análise do ano de 2018 demonstrou dados já comprovados em 2016 e 2017, sinalizando que os estados com maiores índices de tuberculose foram Amazonas - 72,9 casos/100 mil habitantes e Rio de Janeiro - 66,3 casos/100 mil habitantes, com ambos apresentando as capitais com maiores coeficientes de incidência da doença, 102,6 casos/100 mil habitantes em Manaus e 89,9 casos/100 mil habitantes no Rio de Janeiro (BRASIL, 2019a).

No que se refere a mortalidade, quatro estados, destacando a presença do Rio de Janeiro, apresentaram coeficiente de mortalidade acima de 3,0 óbitos/100 mil habitantes, e dentre os índices citados, todos foram superiores em suas médias, quando comparados as médias nacionais nos anos de 2016, 2017 e 2018 (BRASIL, 2019a).

O aprofundamento do recorte de informações da Secretaria de Vigilância em Saúde demonstrou, com base na incidência de novos casos e acometimento dos indivíduos em 2018, 69% e incidência de 46,9/100 mil habitantes, em cidadãos do sexo masculino; 86,6% e incidência de 82,1/100 mil habitantes na faixa etária de 15 a 64 anos; 53,7% de acometimento entre analfabetos e pessoas com no máximo 8 anos de escolaridade; e 64,5% e incidência de 94,4/100 mil habitantes de cidadãos negros (BRASIL, 2019a).

Já os coeficientes de mortalidade pela doença foram atribuídos em maioria a indivíduos do sexo masculino em 74,6% e 3,2/100 mil habitantes; 69% e 3,4/100 mil habitantes entre 15 e 64 anos; e 63,3% em indivíduos da raça negra (BRASIL, 2019a).

Cabe ainda considerar os aspectos de vulnerabilidade da população acometida, onde foram obtidos índices de novos casos em 1,1% na população indígena; 9,2% entre portadores de HIV; 10,5% entre a população privada de liberdade; e 2,5% na população em situação de rua (BRASIL, 2019a).

Dentre as populações em situação de vulnerabilidade, destaque para as populações privadas de liberdade, com uma prevalência³⁷ muito alta nas instituições prisionais, 26,4 vezes maior do que a da população em geral, se repetindo ano a ano, por fatores como: características desta população e do confinamento, barreiras de acesso aos serviços de saúde e as condutas adotadas para o controle das infecções nas prisões. Estes ambientes são favoráveis à amplificação da tuberculose e são considerados reservatórios da doença. O aumento em 16% da população prisional no país entre 2014 e 2016, que faz deste a 4ª maior população prisional no mundo, com uma superlotação resultando em taxa de ocupação de 197% nos presídios em 2016, também contribuiu para esta realidade (BRASIL, 2019a).

Fato é que a identificação do comportamento da tuberculose e os fatores associados ao aumento e diminuição da mesma, com a constatação dos agravantes relacionados ao meio ao qual vive o indivíduo, são essenciais para perspectiva de se entender a ocorrência da doença. Os espaços sociais de sobrevivência do indivíduo acabam por gerar ambientes propiciadores dos mais variados riscos de adoecimento, e tal qual ocorre nos presídios, acontece nas favelas e nas periferias urbanas. Segundo Magalhães (2017), a apropriação desigual dos espaços urbanos e a tuberculose tem relação intrínseca com a pobreza dos lugares mais ricos produzindo condições desfavoráveis para preservação da vida (FIOCRUZ, 2017), como no estado do Rio de Janeiro, que ao abrigar 763 favelas, em geral reunidas nas encostas, mangues e áreas de risco ambiental, densamente povoadas, e concentradoras de conflitos armados, ganhou, no ano de 2018, 11.139 novos casos de tuberculose.

“A tuberculose hoje no Brasil é concentrada nos territórios ricos,
que atraem a pobreza para suas periferias.”

(MAGALHÃES, Agência Fiocruz de Notícias, 2017)³⁸

Com a doença afetando em sua grande maioria as populações mais pobres e vulneráveis de um país “em desenvolvimento”, onde o entrave propiciado pela lógica capitalista acaba por impedir o desenvolvimento de pesquisas e inovação no tratamento medicamentoso para enfermidades como a tuberculose, os atuais medicamentos, no mercado há mais de 50 anos, apesar de ainda eficazes, tornam-se ineficazes nas reinfecções³⁹ e na multiresistência,

³⁷ Número de casos de uma doença em uma determinada população, durante um período específico de tempo. Mede a proporção da população que já tem a doença.

³⁸ Página do Portal Fiocruz de notícias <https://agencia.fiocruz.br/favelas-e-periferias-do-rio-de-janeiro-sofrem-com-tuberculose> Acesso em: 10/07/2019.

³⁹ Nova infecção por meio dos germes que causaram infecção anterior.

colaborando para manutenção do elevado número de óbitos e demandando assim drogas de maior potência para sua cura.

As poucas opções de tratamento, adotando o esquema farmacológico de seis meses, com a Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol, drogas que acarretam uma infinita quantidade de efeitos colaterais⁴⁰, geram grande dificuldade de adesão ao tratamento, e o abandono pelo tempo necessário para tal, devido ao desaparecimento de sinais e sintomas da doença, a pouca educação em saúde e pela incapacitação crônica de uma população economicamente ativa e dependente do trabalho para sobreviver. A tuberculose ainda é uma doença que envolve muito preconceito e gera sofrimento. O indivíduo doente se sente fraco, sem apetite, perde peso e tem dificuldade para realizar qualquer esforço físico. Muitos sequer conseguem trabalhar (PORTAL SAÚDE RJ, 2013).

A incapacidade crônica⁴¹ causada pela Tuberculose afetou, segundo dados do Ministério da Saúde, 43,3% de chefes de família, 5,1% de indivíduos beneficiários dos programas de transferência de renda⁴² e foi, segundo o INSS⁴³, a calamidade infectocontagiosa que mais gerou pagamentos de auxílio-doença⁴⁴, com 12.997 casos (BRASIL, 2018).

Mesmo com o tratamento garantido pelo SUS, indivíduos com tuberculose podem enfrentar custos diretos relacionados à despesas médicas e não médicas, e custos indiretos relacionados a perda de produtividade, enquanto estão doentes, também são comuns (UNA-SUS, 2012).

Outro complicador oriundo das determinantes sociais no Brasil, e conseqüentemente indutor de agravos com a tuberculose, é o fato do país estar enfrentando uma importante crise econômica⁴⁵ nos últimos anos, onde os impactos são visíveis e influenciados diretamente pelo

⁴⁰ É a consequência que a ingestão de determinado medicamento pode causar ao organismo do indivíduo, ou seja, um efeito que é paralelo ao que é desejado da substância farmacológica absorvida.

⁴¹ Limitação ou incapacitação por doença com duração maior que três meses.

⁴² São programas que beneficiam indivíduos ou famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza por meio de transferência monetária.

⁴³ Instituto Nacional do Seguro Social. Responsável pelo pagamento de aposentadorias e demais benefícios aos trabalhadores brasileiros.

⁴⁴ É o benefício a que tem direito o segurado que, após cumprir a carência, quando for o caso, ficar incapaz para o trabalho (mesmo que temporariamente), por doença por mais de 15 dias consecutivos. A incapacidade para o trabalho deve ser comprovada através de exame realizado pela perícia médica do INSS.

⁴⁵ Iniciada com forte recessão econômica no ano de 2014, com recuo do Produto Interno Bruto (PIB) e retração da economia, gerou desemprego, aumento da desigualdade econômica, e foi acompanhada por uma crise política. Atingiu seu auge em 2017, quando optou-se pelo controle nos gastos públicos, com imposição de limites a gastos futuros do Governo Federal, através da aprovação da PEC 55. Neste caso, a PEC limitou o crescimento das despesas do governo no país durante os próximos 20 anos, com uma estimativa de perda de 430 bilhões de reais na saúde, até 2036, redução de investimentos na educação, sobrecarga dos serviços públicos em Estados e Municípios, ampliação da dificuldade de acesso a população mais pobre com impacto severo sobre estes, cortes na ciência e tecnologia, ameaçando a inovação e as pesquisas, e favorecimento ao setor privado.

desemprego, o aumento da pobreza, controle e imposição de limite nos gastos públicos, entre outros fatores (BRASIL, 2019).

Já em 2019, o Ministério da Saúde admitiu diversos pontos de fragilidade para o controle da doença no país e cumprimento das metas estipuladas pela OMS, reforçando a necessidade de implementação de novas medidas específicas. Destacou com maior ênfase o aumento de incidência da doença em 2017 e 2018, deduziu que este pudesse estar associado ao aumento de acesso às ferramentas de diagnóstico por uma ampliação da rede, realizada em 2018, e por fim detectou que a tuberculose, além de refletir no desenvolvimento social do país, tornou públicas as fraquezas dos serviços de saúde, e as deficiências de gestão nas políticas públicas de saúde e sociais, inibindo as ações que podem conduzir a redução da ocorrência das doenças de contexto social (BRASIL,2019a).

2.4 – O CENÁRIO DA TUBERCULOSE NO ESTADO E MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Ao realizar um retrospecto, a tuberculose sempre esteve presente no contexto do Rio de Janeiro, tanto em referência a seus números impressionantes, quanto a fazer parte da experiência de vida da maioria das pessoas até os dias atuais. Afinal, quando estes não tivessem estabelecido contato direto com a mesma, ao menos teriam ouvido falar de casos de uma doença devastadora, um verdadeiro flagelo e uma grande calamidade.

Segundo Ruffino-Netto (1981), a situação da tuberculose no Rio de Janeiro ao longo dos anos sinalizou períodos diferenciados e até de queda nos coeficientes de mortalidade pela doença, associando-os a melhoria nas condições de vida da população, desenvolvimento da economia, a descoberta da terapia quimioterápica específica e o surgimento de campanhas de combate à tuberculose.

Inicialmente, a tuberculose sempre teve pouca importância frente a outras doenças existentes na cidade (febre-amarela, varíola, sífilis, etc.) passando a ser reconhecida verdadeiramente como problema de saúde pública quando, após a decadência da economia cafeeira no Vale do Paraíba, ocorreu um fluxo migratório intenso para a cidade, implicando na formação de uma população considerada marginalizada, de mão de obra sem qualificação para absorção no sistema capitalista urbano das capitais, aglomerando indivíduos nos cortiços e favelas criadas nos morros existentes, tornando precárias as condições de moradia e interferindo na diminuição do declínio da mortalidade pela doença (RUFFINO-NETTO, 1981).

Somado a este movimento, grande parte de sua população foi oriunda de migrações provenientes de outros estados, exercida pelo fascínio estabelecido pela capital federal da época, imersa num projeto governamental de industrialização. Indivíduos atraídos pelas chances de uma vida melhor, mas sem chances de disputa por vagas em empregos mais bem posicionados, também se estabeleciam à margem da sociedade central, e assim surgia um centro rico e uma periferia pobre, dando lugar à fome, seguida da desnutrição e com elas a chegada da doença.

Entre 1945 e 1977, acontece o período de maior redução das taxas de mortalidade pela doença na cidade, mas a medida que novas doenças surgem, como a AIDS na década de 80, e o processo de globalização que avança ao final século XX, uma reorganização ocorre em virtude de alterações na dinâmica da economia, produzindo então a duradoura, até a atualidade, segmentação da população com coexistência de diferentes padrões em um mesmo território, e produção de uma diferenciada epidemiologia referente a transmissibilidade da tuberculose no Rio de Janeiro.

O estado do Rio de Janeiro está localizado na Região Sudeste do país, é o 3º menor em extensão territorial - 43.750,423 km², e com a 3ª maior população – 17.264.943 habitantes, estimados pelo IBGE para 2019 (8,4%). É o estado que concentra a maior densidade demográfica⁴⁶ no Brasil, é o 2º maior PIB⁴⁷ e o 4º maior IDH⁴⁸ do país. Com um total de 92 municípios, é marcado por grandes contrastes sociais. Está na 2ª colocação entre os estados com o maior número de habitantes alfabetizados, tem a maioria da sua população entre 20 e 54 anos, com renda mensal domiciliar per capita de R\$ 1.689,00 (IBGE, 2010).

Atualmente é considerado a 8ª Unidade Federativa com maior índice de desigualdade no Brasil, medido pelo índice de Gini ⁴⁹que é reflexo entre o mais alto nível de renda e a pobreza da região em questão (IBGE, 2017).

O estado é o 2º colocado entre os maiores coeficientes de incidência de casos de tuberculose no Brasil, concentrando em sua população no ano de 2018, uma média de incidência de 66,3 casos/100 mil habitantes e 4,2 óbitos/100 mil habitantes relacionados a doença (BRASIL,2019). É 19º colocado em casos de cura da tuberculose, com média neste coeficiente abaixo da média do país. A explicação é em parte associada ao fato deste ter uma elevada proporção, em torno

⁴⁶ Medida expressa pela relação entre a população e a superfície do território. É sempre expressa em habitantes por quilometro quadrado.

⁴⁷ Produto Interno Bruto.

⁴⁸ Índice de Desenvolvimento Humano.

⁴⁹ Índice que mede a concentração de renda em uma dada população.

de 96,7% de sua população em habitações nas áreas urbanas, além de sua alta densidade demográfica de 365,23 hab/ km² (IBGE,2013).

Com um total de 763 favelas, distribuídas em 48 de seus municípios, de acordo com o registro do IBGE (2010), é em sua capital, o município do Rio de Janeiro, de população estimada para 2019 de 6.718.903 habitantes e densidade demográfica de 5.265,82 hab/ km², distribuídos em uma extensão territorial de 1.182 km², 70% dela habitada em seus 161 bairros, com diferentes graus de desenvolvimento, distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde; que se concentram a maioria dos casos de incidência da tuberculose no estado (IBGE, 2010).

A dinâmica de ocupação do município, da rede de interações entre as suas 10 Áreas de Planejamento (AP), se dá mediante as atividades econômicas, da circulação de pessoas e distribuição dos equipamentos de saúde, de educação e lazer, e determinam as características de cada região, assim como o perfil de morbimortalidade da cidade (SMS, RJ, 2017).

Em 2018, o município registrou 6.014 casos de tuberculose, perfazendo um coeficiente de 89,9 casos/100 mil habitantes, representando quase o triplo da média deste coeficiente no país, fazendo da cidade a 2^a colocada neste índice no contexto nacional. Atualmente na 14^a posição em casos de cura da doença, dentre todas as capitais do país, acumula uma média de 4,2 óbitos/100 mil habitantes, ou seja, todos os óbitos por tuberculose registrados no estado do Rio de Janeiro, no mesmo ano (BRASIL, 2019).

Coincidentemente, é também neste município que se encontram a maioria dos registros de assentamentos informais⁵⁰ do Estado, 14,9% do total nacional, com 1,4 milhões de indivíduos residindo em favelas, 22% da sua população total, onde se concentram aglomerações habitacionais e populacionais dotadas de dificuldade de acesso e precárias condições de vida (IBGE,2010).

A relevância do aprofundamento de informações acerca do município também será esclarecedora, no sentido de identificar os principais focos de concentração destes casos de tuberculose, tal qual propiciar um entendimento sobre as correlações entre a doença e as desigualdades na cidade.

Em uma análise espacial, o relatório de Boletim Epidemiológico do Município (2016a) ressalta que os maiores índices de tuberculose no município estão: na Zona Norte da cidade,

⁵⁰ São áreas residenciais onde moradores não têm segurança de posse com relação à terra ou moradias que habitam, com modalidades que variam entre ocupações ilegais e locação informal; os bairros geralmente carecem ou estão isolados dos serviços básicos e da infraestrutura urbana e as habitações podem não cumprir com os regulamentos vigentes de planejamento e construção, e muitas vezes estão situadas em áreas geograficamente e ambientalmente perigosas.

AP 3.1, 3.2 e 3.3, caracterizada como a região mais populosa com 37,9% da população total da cidade e que concentra 50% dos habitantes de favelas de todo o município, apresentando baixos índices de desenvolvimento social e desenvolvimento humano, porém concentrando índices maiores que 80% de cobertura de ESF⁵¹ na região e; Região Central da cidade, AP 1.0, um dos primeiros focos de ocupação da cidade, que apresenta a maior proporção de pessoas morando em favelas (35%), a maior cobertura de ESF do município, num total de abrangência 95,8% da localidade, e abriga 28,1% da população total da cidade (SMS, RJ, 2016a).

O município se caracteriza por sua importância estratégica na economia do estado do Rio de Janeiro, tal qual na economia do país. É composto de áreas em constante processo de transformação do espaço urbano, ocasionando o aprofundamento da segmentação social⁵², fato comum em função das estratégias capitalistas de valorização diferenciada dos espaços. Essa organização dos espaços está intimamente relacionada ao ressurgimento de algumas doenças, dentre elas a tuberculose.

A ocorrência elevada da tuberculose no município do Rio de Janeiro revela o aprofundamento das desigualdades socioeconômicas⁵³, com o uso do espaço urbano e as condições de vida impactando diretamente na saúde dos indivíduos. A forma como as políticas públicas para redução das desigualdades são conduzidas, e a atual conjuntura política e econômica recessiva do país, também afetam diretamente os determinantes sociais da saúde⁵⁴ nestes espaços, fazendo da tuberculose um mal social crescente na cidade.

Em reportagem publicada (O GLOBO, 2017, p. 12)⁵⁵, foi declarado que a tuberculose avança no município a passos largos, onde se vive uma realidade do século passado. A situação é ainda mais dramática quando se observa os dados numa perspectiva específica dos bairros e regiões com favelas que abrigam comunidades como, por exemplo, Manguinhos e Jacarezinho, coincidentemente na Zona Norte da cidade. Nestes locais, os casos chegam a um coeficiente de incidência de 337,4 e 332,9/100 mil habitantes consecutivamente, superando os totais de países africanos como Congo (324/100 mil habitantes) e Serra Leoa (307/100 mil habitantes). Altos índices também são registrados na Rocinha e Complexo da Maré, todos muito distantes dos índices estipulados pela estratégia da OMS, para que se tenha a doença em vias de erradicação.

⁵¹ Estratégia de Saúde da Família.

⁵² É a divisão, ou seja, a segmentação da população a partir de suas características sociais e econômicas. Seu objetivo é identificar variáveis como classe social, renda, escolaridade, profissão, posses e bens.

⁵³ Ausência de equilíbrio no padrão de vida dos habitantes de um determinado local (país, estado, município), seja no âmbito econômico, escolar, profissional, de gênero, entre outros.

⁵⁴ São as condições econômicas e sociais que afetam a saúde. Incluem renda, educação, emprego, desenvolvimento infantil, cultura, gênero e condições ambientais.

⁵⁵ O GLOBO, **Tuberculose avança no rastro de problemas sociais**, p. 12. Publicada em 15/10/2017.

A capital também acumula os recordes de mortalidade pela doença, com os índices mais altos do estado do Rio de Janeiro e do país (O GLOBO, 2017).

Nesses espaços a proximidade entre os imóveis, a pouca ventilação, a umidade e dificuldade de penetração da luz solar, somados ao relevo, a localização onde se instalam essas moradias, e aos materiais utilizados nas suas construções, são os desafios ambientais permanentes a serem enfrentados contra a proliferação do bacilo. A falta de saneamento básico⁵⁶ e a ineficiência da segurança pública⁵⁷ se somam a estes fatores na propensão de multiplicação do acometimento dos indivíduos.

“Enquanto tivermos famílias de dez pessoas morando em casas de 10 metros quadrados, que não estejam atentas aos sintomas da doença, ou, por algum motivo não procurarem o sistema de saúde, não teremos como falar em erradicação da tuberculose nas comunidades” (PIO, Agência Fiocruz de Notícias, 2017).⁵⁸

“Se o paciente é acamado e recebe a medicação em casa, nos dias de tiroteio ele não vai receber porque o Agente Comunitário fica impossibilitado de transitar na área. Em alguns casos, a unidade de saúde se vê obrigada a fechar as portas durante a ocorrência” (PIO, Agência Fiocruz de Notícias, 2017).⁵⁹

Não se pode esquecer que se coletivamente a tuberculose está envolvida com o processo de desenvolvimento histórico social do espaço, individualmente ela se correlaciona com o desgaste biológico do organismo de cada indivíduo, e que também resulta das condições de vida e trabalho que enfrentam. O desgaste individual associado a estas condições de vida favorece ainda mais o potencial de transmissão da doença (BERTOLLI FILHO, 2001). É neste contexto que os grupos de vulneráveis, onde se incluem os indivíduos privados de liberdade, são enormemente afetados no município.

⁵⁶ É o conjunto de medidas adotadas em uma região, em uma cidade, para melhorar a vida e a saúde dos habitantes impedindo que fatores físicos de efeitos nocivos possam prejudicar as pessoas no seu bem-estar físico mental e social.

⁵⁷ Estado de normalidade que permite o usufruto de direitos e o cumprimento de deveres, constituindo sua alteração ilegítima uma violação de direitos básicos, geralmente acompanhada de violência, que produz eventos de insegurança e criminalidade.

⁵⁸ Página do Portal Fiocruz de notícias <https://agencia.fiocruz.br/favelas-e-periferias-do-rio-de-janeiro-sofrem-com-tuberculose> Acesso em: 10/07/2019.

⁵⁹ Página do Portal Fiocruz de notícias <https://agencia.fiocruz.br/favelas-e-periferias-do-rio-de-janeiro-sofrem-com-tuberculose> Acesso em: 10/07/2019.

Ainda na capital, os números de casos de tuberculose também crescem no sistema prisional, com um coeficiente de incidência de até 1.200/100 mil presos, “estimado” pela Secretaria Estadual de Saúde, podendo ser ainda maior, por falhas no diagnóstico, assumido pelo órgão em audiência pública na Alerj⁶⁰, no ano de 2017. Tal qual nas favelas, a superlotação, a arquitetura das penitenciárias, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e até mesmo a falta de recursos como alimentação adequada, médicos e medicamentos para o tratamento impulsionam os índices alarmantes pelo aumento de casos (VIEIRA, 2018). Conforme registrado por Palmares (2017) “a tuberculose no Rio é uma tragédia.”⁶¹

2.5 – A TUBERCULOSE E SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Nacionalmente está em vigor o “Programa Nacional de Controle da Tuberculose” (PNCT) de 2004, que em 2017 foi acrescido do plano “Brasil Livre da Tuberculose – Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública”.

O PNCT está integrado na rede de Serviços de Saúde através do SUS, e é desenvolvido como um programa unificado de execução em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais, este garante desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos até ações preventivas e de controle do agravo (BRASIL, 2004).

Desta forma, visa permitir o acesso universal da população às suas ações. Neste, ainda consta a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) na atual estrutura do Ministério da Saúde (MS), reestruturando os modelos de combate à tuberculose ao unir todas as ações de vigilância, controle e prevenção, possibilitando a integração entre os vários programas (BRASIL, 2004).

O PNCT ainda identifica como prioridade a consolidação da atuação dos Estados e Municípios no combate à epidemia⁶² tuberculosa, no contexto das diretrizes nacionais, estabelecendo atividades de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação nas três esferas, impondo a descentralização, a fim de que diversidades culturais e técnico-comunicacionais sejam respeitadas e as ações implementadas eficazes (BRASIL, 2004).

⁶⁰ Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro.

⁶¹ A Tribuna, Jornal Eletrônico, **Campanha quer enfrentar alto índice de tuberculose no Rio**. Disponível em: <https://www.tribunarij.com.br/campanha-quer-enfrentar-alta-incidencia-de-tuberculose-no-rio/> acesso em: 20/10/2019.

⁶² É a propagação de uma doença infecciosa, que surge rapidamente em determinada localidade ou em grandes regiões e ataca ao mesmo tempo um grande número de pessoas.

Além de objetivos e metas (PNCT, 2004, p. 5) bem definidos, o PNCT conta com componentes essenciais para o cumprimento destes, que são:

- Vigilância Epidemiológica - descoberta de casos, tratamento e acompanhamento, vigilância de casos e diagnóstico laboratorial (PNCT, 2004, p. 6,7 e 8);
- Medidas de Proteção (PNCT, 2004, p. 12 e 13);
- Integração com a Atenção Básica (PNCT, 2004, p. 8 e 9);
- Ações Integradas de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social (PNCT, 2004, p. 9 e 10);
- Capacitação e Treinamento (PNCT, 2004, p. 10);
- Sustentação Político Social (PNCT, 2004, p. 10);
- Avaliação, Acompanhamento e Monitoramento das Ações do PNCT – define as competências das esferas federal, estadual e municipal (PNCT, 2004, p. 12 e 13); e define os indicadores de acompanhamento do PNCT e os indicadores de acompanhamento da situação epidemiológica (PNCT, 2004, p. 14 e 15).

Lançada em 2017, a estratégia “Brasil Livre da Tuberculose – Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública”, a medida surgiu devido a necessidade de enfrentamento da tuberculose sob a perspectiva das diferenças locais em um país de dimensões continentais e a obrigatoriedade de cumprimento da agenda OMS de 2015 (BRASIL, 2017).

Desta forma, oito subcenários de trabalho foram estabelecidos para os próximos anos, a fim de seguir a meta de redução de incidência da doença no país. Estes apresentam características que propiciam o planejamento de estados e municípios e auxiliam na identificação de prioridades para cada localidade (BRASIL, 2017).

Com esta definição de subcenários de trabalho, espera-se oferecer apoio a coordenadores de programas, facilitando a compreensão da sua realidade local e auxiliando na elaboração de planos com ações específicas aos problemas detectados, otimizando recursos disponíveis e de acordo com a capacidade de resposta local às intervenções (BRASIL, 2017).

O plano ainda conta, em sua estrutura, com a sinalização de uma rede de fortalezas e desafios encontrados no PNCT (BRASIL, 2017, p. 22 e 23) em vias de acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no Brasil, tal qual descreve as estratégias a serem utilizadas em todas as esferas governamentais, para se chegar ao ano de 2035 cumprindo a meta de menos

de 10 casos/100 mil habitantes, reduzir óbitos e gastos catastróficos pelas famílias afetadas, conforme acordado com a OMS.

Consolidar avanços, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico da tuberculose e ao fortalecimento da Rede de Atenção Básica, será fundamental para o sucesso do plano. Em contrapartida, para que haja aceleração necessária no controle da doença, será preciso contar com novas ações, novos instrumentos e novos parceiros. Atividades colaborativas, fomento à pesquisa e a implantação/implementação de novas estratégias serão fundamentais para alcançar as metas. O monitoramento e a avaliação permanentes com ajustes nas estratégias terão papel fundamental no processo, que deve ser dinâmico e constantemente ajustado. (BRASIL, 2017, p.45)

Também como parte integrante das estratégias de combate a tuberculose, o Ministério da Saúde lançou em 2019, a 2ª edição do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Este tem o objetivo de padronização e estabelecimento das diretrizes nacionais para o controle da doença, incluindo procedimentos clínicos, procedimentos laboratoriais, sistema de vigilância, ações de biossegurança⁶³ e organização dos serviços. Contudo, este se classifica como apenas destinado às ações voltadas para a saúde pública, sem a pretensão de funcionar como guia clínico sobre a doença. É uma versão revisada do guia homônimo de 2011, e compreende cinco pontos fundamentais: Aspectos Básicos e Epidemiológicos; Diagnóstico; Tratamento; Estratégias Programáticas para Controle da Tuberculose e; Bases Organizacionais e Políticas para as Ações de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2019b).

Tanto o estado do Rio de Janeiro quanto o Município do Rio de Janeiro (Gerência de Doenças Pulmonares Prevalentes), contam com suas políticas próprias de combate e controle da Tuberculose. Nas duas esferas estas políticas estão vinculadas a suas respectivas Secretarias de Saúde, preconizando como prioridades as recomendações nacionais para o controle da tuberculose, estabelecidas no PNCT. A estratégia utilizada está em apoiar as unidades de saúde e coordenações de áreas na supervisão e qualificação das ações de prevenção, diagnóstico, assistência e vigilância. Em ambos os casos são estabelecidos como pontos primordiais a

⁶³ É o conjunto de estudos e procedimentos que visam a evitar ou controlar os riscos provocados pelo uso de agentes químicos, agentes físicos e agentes biológicos à biodiversidade.

qualificação de profissionais para prevenção, diagnóstico, vigilância e acompanhamento dos casos, tal qual aquisição e distribuição dos medicamentos e insumos necessários (SMS, RJ, 2016a).

A prefeitura da cidade utiliza ainda seu próprio guia de referência rápida, que resume as recomendações da Superintendência de Atenção Primária do Município, no diagnóstico e manejo dos doentes com tuberculose na cidade. Este tal qual sua política foi construída a partir do conteúdo do Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde (SMS, RJ, 2016b).

CAPÍTULO 3 – DETERMINANTES SOCIAIS DA TUBERCULOSE E SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS – ANÁLISE REFLEXIVA

De acordo com a OMS (1947), o conceito de saúde é “o mais completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (UNA-SUS/UNIFESP, 2012, p. 4)⁶⁴. Esta conceituação é mais do que um critério classificatório, se identifica como um norteador de cumprir e atender as necessidades dos indivíduos em todos os níveis, sejam elas de perspectiva individual ou coletiva e em uma abrangência de contexto biológico, psíquico e social.

Em 1988, foi definido pelo Estado brasileiro, no artigo 5º de sua Constituição Federal, que a saúde é um direito de todos, e como direito fundamental ao Estado é atribuído o dever de garantia deste, interligando a saúde no Brasil não só as suas próprias políticas, mas diretamente a uma correlação com às políticas sociais e condições socioeconômicas.

Como resultado de uma produção social⁶⁵, a saúde transcende qualquer questão biológica, pois depende da forma como se organiza e vive a sociedade, incluindo as influências globais, e o avanço tecnológico e das ciências médicas. Este paradigma fez com que se pudesse acreditar que doenças como a tuberculose pudessem ser facilmente controláveis, realidade antagônica ao fortalecimento e propagação da mesma no município do Rio de Janeiro.

O fato de já se conhecer bastante sobre a tuberculose, sua fisiopatologia, diagnóstico, esquemas terapêuticos e medicamentos disponíveis favoreceu a desconsideração de que as desigualdades e a indisponibilidade destes recursos para a maioria dos indivíduos a tornariam efetivamente uma doença dos vulneráveis negligenciados⁶⁶.

A relação marcante entre a ocorrência da tuberculose e as desigualdades socioeconômicas refletem hoje o estágio de desenvolvimento social⁶⁷ do município do Rio de Janeiro, deixando claras as fraquezas de organização do sistema de saúde, as deficiências de gestão e de políticas públicas para inibir a queda das taxas de incidência e mortalidade por doenças marcadas pelo contexto social e pela lógica capitalista de produção.

⁶⁴ Especialização em Saúde da Família: Processo Saúde Doença. UNA-SUS/UNIFESP, 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br>

⁶⁵ Conceito elaborado por Karl Marx, são as formas como os seres humanos desenvolvem suas relações de trabalho e distribuição no processo de produção e reprodução da vida material.

⁶⁶ Algo ou alguém que está suscetível, frágil e incapaz de algum ato, em função da ausência da atenção necessária, estando esquecido pelo governo ou pela própria sociedade.

⁶⁷ Significa e consiste em uma evolução ou mudança positiva nas relações entre os indivíduos, grupos e instituições de uma sociedade, sendo o bem-estar social seu projeto futuro.

Na atualidade, com uma sociedade tão marcada pelas questões de bem-estar e qualidade de vida, cabe analisar neste capítulo a origem e produção das desigualdades no contexto geral e na saúde, a correlação tuberculose e desigualdades, as determinantes do avanço da tuberculose entre indivíduos em situação de vulnerabilidade, que em virtude do adoecimento os destitui do direito de viver, seja na condição de bem-estar, ou na literal condição de morte, utilizando as reflexões baseadas em Foucault⁶⁸ e seus conceitos de biopolítica⁶⁹ e biopoder⁷⁰.

3.1 – O SURGIMENTO E A PRODUÇÃO DAS DESIGUALDADES

A sociedade humana é composta pelos mais diversos tipos de indivíduos, habitando os espaços que compreendem uma grande diferença de aspectos e características, sejam elas demográficas e ou geográficas, além destas existem as diferenças nos níveis de desenvolvimento de riquezas, diferenças biológicas e culturais, que formam um amplo conjunto de populações de características próprias. Não obstante, associado a este processo de identificação das diferenças também se associam os processos de condições climáticas, processos históricos, sociais, econômicos e culturais. É em função destes processos e dessas diferenças que surgem as desigualdades (BARRETO, 2017).

É nas relações de poder, acesso, posse de bens e serviços, riqueza originária de um trabalho exercido coletivamente num processo acumulativo das gerações que compreendem uma sociedade, que estes elementos acabam por ser desigualmente distribuídos entre todas as parcelas da população (BARRETO, 2017).

No caso deste estudo, as desigualdades no município do Rio de Janeiro também fazem parte do processo de distribuição das riquezas acumuladas na sociedade que o compõe, e de uma forma peculiar, em como essa sociedade se organiza em todas as formas de poder estabelecidas em seus diferenciados extratos sociais. Sua história, componentes demográficos, geográficos e demais características, modelos políticos e econômicos adotados influenciam na

⁶⁸ FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 3 edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 20 edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1987. FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 20. ed. São Paulo: Editora Graal, 2004. FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2008. FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**, curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005. FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**, curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

⁶⁹ Termo utilizado por Foucault para designar a forma na qual o poder tende a se modificar no final do século XIX e início do século XX. As praticas disciplinares utilizadas antes visavam governar o indivíduo.

⁷⁰ Termo criado originalmente pelo filósofo francês Michel Foucault para referir-se à prática dos estados modernos e sua regulação dos que a ele estão sujeitos por meio de uma "explosão de técnicas numerosas e diversas para obter a subjugação dos corpos e o controle de populações".

forma de redistribuição das riquezas por parte do Estado, o que gera maiores ou menores distâncias entre os grupos sociais formadores de sua população. Também de relevância estão os elementos culturais, que colaboram na amplificação e consolidação destas desigualdades.

3.2 – DESIGUALDADES NA SAÚDE

Ao se transferir desigualdades para o universo da saúde, deve-se considerar as condições desiguais de saúde nos diferentes grupos de uma sociedade. É primordial considerar os riscos à saúde desses indivíduos, tanto quanto o acesso diferenciado aos recursos de saúde disponíveis. Assim estas se relacionam com as desigualdades de outros planos, como no caso do espectro da vida social (BARRETO, 2017).

Nestes casos, as desigualdades também impõe aos diferentes grupos, desiguais condições e possibilidades de utilização dos mecanismos de desenvolvimento técnico e científico, além de propiciar uma maior possibilidade de exposição aos fatores de determinação de algumas doenças no processo saúde-doença, expondo a população a diferenciadas chances de adoecimento e morte. Da mesma forma que as desigualdades sociais, as desigualdades em saúde acabam por persistir, de forma independente do processo de desenvolvimento local (BARRETO, 2017).

De forma histórica e estrutural, as desigualdades em saúde se relacionam diretamente com o discurso da miséria e da pobreza, estas não se restringem meramente aos discursos do campo biológico, sendo um processo complexo de multifatoriedade e múltiplas determinações, baseadas em como se vive e como se organizam as sociedades. Essas concepções foram amadurecidas principalmente na Europa do século XIX, onde se estabeleciam as ideias de condições de saúde das populações intrinsecamente relacionadas aos seus contextos de vida, e seu posicionamento nas pirâmides sociais (BARRETO, 2017).

Em saúde pública, são poucas as exceções de doenças que não se agravam, apresentando índices elevados entre grupos que não estejam socialmente desfavorecidos, visto que raros são os casos de observância de mudança de cenário em localidades e entre populações não amparadas por políticas que fortaleçam a proteção social, positivando as condições de saúde.

3.3 - A TUBERCULOSE DOS DESIGUAIS, SUA CORRELAÇÃO COM A MISÉRIA, A POBREZA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

A tuberculose é uma doença que não precisa de vetor⁷¹ para se espalhar, ela passa de indivíduo para indivíduo, e com isso as chances do aumento de prevalência é gigantesco, tornando preocupante a realidade epidemiológica em relação à patologia. Em semanas, após infectado, o indivíduo começa a apresentar os sinais e sintomas da doença, dentre eles tosse seca com ou sem secreção, durando de duas a três semanas consecutivas, excesso de suor noturno, voz rouca ou rouquidão acentuada, falta de apetite, cansaço excessivo, dores no peito e febre alta (ROLLA, 2013).

Após décadas de pesquisas, e de se saber que ela é tratável, embora se constitua uma doença de diagnóstico e tratamento universalizados e gratuitos através do SUS, inúmeras são as barreiras que potencializam seu agravamento. Seus impactos, além da história de suas políticas de controle por parte do Estado, possuem contornos próprios, sempre associados aos contextos políticos, sociais e científicos em vigência (MACIEL et al., 2012).

Uma constante nos noticiários, inúmeras reportagens veiculam o avanço da tuberculose no cenário nacional, reforçado pelas estatísticas de sua presença maciça e índices de mortalidade no município do Rio de Janeiro, como apresentados no capítulo anterior.

Nos sistemas de profunda complexidade como os da saúde pública, ao analisar o que possa ocasionar dificuldades para contemplar seus objetivos, é necessário considerar a natureza destas e as dimensões que elas atingem. A simples atenção de suas demandas médicas não resulta na destituição dos problemas, e com isso se observa uma crescente problemática no que concerne à capacidade de contribuir para a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos, ou mesmo redução do sofrimento e da dor. É o saber médico se impondo aos problemas de ordem social, contribuindo para o descrédito na efetividade das ações implementadas por normatização de políticas públicas, capazes de evitar ou retardar mortes (SABROZA, 2001).

Em seus estudos sobre as concepções de saúde e doença, Sabroza (2001), define que, ao nível das sociedades, ou nas formações sócio-espaciais complexas, como nos casos das existentes no Rio de Janeiro, uma cidade que foi duramente constituída entre o pântano, as montanhas e o mar, esse processo se expressa através dos problemas de saúde pública, tal qual

⁷¹ Na área da epidemiologia, vetor é todo ser vivo capaz de transmitir um agente infectante (parasita, protozoário, bactéria ou vírus). Ex: O vetor da Dengue é o mosquito *aedes aegypti*.

o comportamento estudado na tuberculose; interfaceando a problemática entre Estado e sociedade, público e privado e entre o individual e o coletivo.

No campo das desigualdades de distribuição de renda, o advento da miséria e da pobreza que atingem a população da cidade do Rio de Janeiro ultrapassam os limites dos cuidados médicos, necessitando de soluções que dêem conta das necessidades existentes nas diferentes partes do sistema social (NETO, 2003).

De fato, uma constatação é o problema não estar apenas na cura do indivíduo, nem o foco a ser dado deve exclusivo na doença e sua complexidade de contornos meramente biológicos. No caos que assola os menos favorecidos, o enfoque deve considerar o doente tuberculoso em plenitude, tal qual as definições norteadoras do que é saúde. Atendendo a todas as suas necessidades, enaltecendo e contemplando o físico, o psíquico e o social, numa superação das bases do poder do saber médico, de um discurso pautado em prevenção e tratamento, uso desmedido da medicalização, e da segregação e isolamento, como ocorria nas estratégias sanatoriais dos séculos passados.

Ao estar presente na sociedade desde os tempos mais remotos, com traços que não se limitam a alterações fisiopatológicas⁷², e por ser infectocontagiosa, a tuberculose traz consigo, além do peso das determinantes sociais, os aspectos estigmatizantes. E em uma cidade como o Rio de Janeiro, a mais importante economicamente para o estado, formada por grupos que abrangem desde a extrema pobreza a bairros habitados por indivíduos da mais alta renda, onde os contrastes são expressivos, de inúmeros e diferenciados padrões de sobrevivência, imputa-se uma maior dificuldade nas questões relacionadas ao controle nos processos saúde e doença (NETO, 2003).

Ainda o fato da tuberculose ser apontada como uma manifestação da miséria social, mesmo com o acometimento das camadas mais pobres, em sua maioria indivíduos em situação de vulnerabilidade, não elimina os traços de degeneração moral associados a doença presentes na percepção popular. Sua associação à miséria, à fome, incapacidade produtiva, e de geração de recursos essenciais a sobrevivência, e aos excessos, persistem no imaginário, estigmatizando a doença e os doentes (PÔRTO, 2007).

Se para Foucault (1987), nas antigas sociedades e na era medieval o poder era ligado ao discurso, como garantia dos direitos da saúde em uma perspectiva de coletividade em detrimento da perspectiva do indivíduo, onde este poder se concentrava no Estado, através de

⁷² Funções anormais ou patológicas dos vários órgãos e aparelhos do organismo. A natureza das alterações morfológicas e sua distribuição nos diferentes tecidos influenciam o funcionamento normal e determinam as características clínicas, o curso e também o prognóstico da doença.

táticas de guerra e conflito, exercendo o direito de “fazer morrer” e “deixar viver”, impondo a sua soberania com o poder de matar e concedendo ao soberano o poder da vida. Nas sociedades modernas, na dita contemporaneidade, ocorreu uma mudança nesta conformação, que rompeu com a invocação do referencial de soberania estatal. Assim, os modelos passaram a adotar o referencial biológico, onde o poder também se instaurou nesta nova esfera, estabelecendo por completo o domínio sobre os indivíduos, surgindo a chamada “biopolítica”, que age diretamente sobre os corpos regulamentada por um biopoder de “fazer viver” e de “deixar morrer”.

Para o Estado, governantes e seus gestores, este discurso é validado pelas estratégias pautadas em políticas públicas, como o PNCT, que se apoiam exclusivamente em diretrizes que determinam ações com padrões técnicos e assistenciais, garantindo desde a distribuição gratuita dos medicamentos e outros insumos, até ações preventivas e de controle do agravo para o controle da doença, incluindo procedimentos clínicos, procedimentos laboratoriais, sistema de vigilância, ações de biossegurança e organização dos serviços. Em uma alusão aos poderes e saberes da biopolítica de Foucault, assim é exercido o biopoder de “fazer viver” e “deixar morrer”, pela ausência da interface com políticas sociais que produzam resultados positivos de interrupção dos processos de desigualdades, sejam eles sociais ou de saúde pública, e que de forma eficaz exerceriam o controle sobre os avanços da doença e seus impactos biológicos, psíquicos e sociais nos indivíduos.

Na perspectiva da tecnologia do biopoder foucaultiana, não existe uma ótica de individualização do homem. O biopoder, diferentemente da técnica disciplinar, incide sobre o corpo não somente como individualidade, mas sobre a própria forma de viver do homem. Com focos distintos, o biopoder não destitui o poder disciplinar, mas utiliza-o a seu favor. Esta estratégia é um plano político que de forma contemporânea utiliza-se dos corpos individualizados e docilizados, e grupos de indivíduos se tornam alvo de estratégias extensivas de controle. Estas práticas de poder ora incidem sobre sujeitos, ora sobre grupos populacionais.

Remetendo ao início do século XX, pleno auge da grande epidemia tuberculosa no país, a forma de lidar com a figura do indivíduo tuberculoso, segregando-o em sanatórios afastados das grandes metrópoles sob o poder da vigilância ininterrupta, apresentou modificações no campo biológico com o advento da medicalização específica, o domínio das técnicas assistenciais e supervisão continuada do Estado através de busca ativa de casos⁷³ e as ESF.

⁷³ É a atividade de saúde pública (conceito programático), orientada a identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas (Sintomático Respiratório), consideradas com suspeita de tuberculose pulmonar, visando à descoberta dos casos bacilíferos. Para interromper a cadeia de transmissão da TB é fundamental a descoberta precoce dos casos bacilíferos. Sendo assim, a busca ativa em pessoas com tosse prolongada deve ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde para a descoberta desses casos.

Contudo, esta estratégia não os excluiu da reclusão social, nem do gerenciamento e vigilância de seus modos de vida. Esta segregação é efetivada diariamente pelas determinantes sociais em saúde, provenientes das desigualdades que originam a miséria e a pobreza, impondo a estes indivíduos a marginalização das ruas, a vida nas favelas, periferias e presídios, dissociando-os dos considerados territórios saudáveis.

[...] assegurar uma vigilância que fosse ao mesmo tempo global e individualizante separando cuidadosamente os indivíduos que deviam ser vigiados. (FOUCAULT, 2004, p.216)

A tuberculose nas populações mais vulneráveis, onde os problemas se avolumam, delimita uma necessidade explícita de novos modelos assistenciais integrados a políticas sociais efetivas. Estes devem considerar em suas políticas elos fundamentais como: a doença, a fome, trabalho, educação e cultura. Afinal, todos eles se interligam em um padrão de cadeia, uma vez que a doença existe por que a fome está presente, ocasionando a desnutrição, que conseqüentemente abaixa os padrões imunológicos do indivíduo. Existe fome por que não se tem trabalho e renda mínima para sobrevivência. Por conseqüência, o emprego não acontece pela falta da educação que lhes possibilite a interação com os demais meios sociais, em busca de alocação e renda necessária. A educação não existe pela ausência de cultura para tal, afinal não existe estímulo para que estes indivíduos recorram a uma educação que seja efetiva (NETO, 2003).

Com a doença efetivada pelo estado de pobreza imposto a estas populações, é nesse sentido que surge uma posição marginal dos indivíduos perante ao acesso à uma vida digna. Se, por um lado, a pobreza naturalmente os induz a um processo de exclusão ao acesso de bens e serviços, como saúde e educação, não diferente é com o mercado de trabalho, imputando ao indivíduo doente a classificação de pobreza de alto custo social⁷⁴, com a necessidade de amparo efetivado pelo Estado, mediante políticas públicas sociais.

Nesse âmbito deve ser acrescido também o custo da segregação moral, pois afastado de suas atividades laborais, sua incapacidade o mantém longe da possibilidade de prover a sua própria sobrevivência e de sua família. Associados a esse fator, surgem para os agentes de saúde e os gestores de políticas de saúde pública os fantasmas do abandono do tratamento e o crescimento da tuberculose multidrogaresistente. A ausência de incentivo e recursos aos processos de

⁷⁴ Movimento que gera um custo social ao Estado ou a sociedade, ao se estabelecer uma economia para fins sociais, como estabelecido por exemplo em políticas com os programas de transferência de renda.

inovação, tecnologia, ciência e pesquisa estão incluídos neste aspecto, afinal a demanda por novos tratamentos é iminente para contenção desses fatores.

Uma vez não vinculados diretamente aos setores mais dinâmicos da economia, a saúde dos indivíduos em situação de vulnerabilidade não conta mais como um recurso indispensável ao desenvolvimento (SABROZA, 2001). Desta forma, a acumulação individual que garante sua sobrevivência deixa de existir pela inaptidão ao trabalho. Sua dependência direta dos serviços públicos, definitivamente não preparados e dotados de recursos insuficientes para abranger uma parcela elevada da população, acabam por não serem eficazes, como observado no município do Rio de Janeiro.

Abrangendo a correlação do contexto social da doença com seus processos biológicos, o adoecimento também se compatibiliza com os espaços sociais onde vivem estas populações, seus estilos de vida e comportamentos, oriundos de sua história social, costumes, e de ausência de estrutura, como assentamentos informais e saneamento básico. É aí que o poder exercido pelo Estado sobre os indivíduos tuberculosos, faz com que tenham suas vidas controladas, culpabilizando-os por um “estilo” de vida propício ao adoecimento. Ocorre que é destituído das desigualdades socioeconômicas, e da segregação socioespacial⁷⁵ qualquer vínculo com o adoecimento.

Quanto maior a aglomeração desordenada, maior a concentração de miasmas na atmosfera; quanto mais miasmas, mais mortes e, quanto mais cadáveres, mais miasmas (FOUCAULT, 2008, p. 28).

O Estado, e as estratégias de desenvolvimento urbano pautadas no capitalismo neoliberal⁷⁶, não reconhecem a pobreza e a miséria impostas a estes indivíduos como agentes da ausência de saúde, nem tão pouco como originárias de seus mecanismos. Isso facilita aos governos e aos gestores a imputação do julgamento aos indivíduos, responsabilizando-os não apenas por seu próprio corpo, significando que estabelecer a estes o dever de cuidar da própria saúde, seu bem-estar, em uma opção pela vida e não à morte, implica em não colocar em risco à saúde e à vida de outros, estejam eles ou não em seu círculo social.

⁷⁵ É um conceito que investiga a relação entre as posições que os agrupamentos humanos ocupam no espaço social e sua localização no espaço físico das cidades. O conceito articula os estudos sobre desigualdades socioeconômicas e sua relação com a distribuição das pessoas no espaço urbano.

⁷⁶ É um conjunto de ideias políticas e econômicas capitalistas que defende a não participação do estado na economia, onde deve haver total liberdade de comércio, para garantir o crescimento econômico e o desenvolvimento social de um país.

Esta mudança política não abandona a velha lógica do direito de soberania, ela apenas a complementa. O poder de morte é obrigado a se acomodar dentro das exigências de um poder que tem como pretensão gerir a vida. Assim, o fundamento do direito soberano que era “fazer morrer e deixar viver” dá lugar desde então a um poder que “fazer viver e deixar morrer” (FOUCAULT, 2005, p. 287).

Em uma engrenagem definida como uma escolha do próprio indivíduo, e sob a ótica de saberes e poderes trabalhada por Foucault, cabe a cada um em suas próprias escolhas as ações para manter-se íntegro da melhor forma.

De fato, aquilo que define uma relação de poder é um modo de ação que age direta e imediatamente sobre os outros, mas que age sobre sua própria ação. Uma ação sobre ação, sobre ações eventuais, ou atuais, futuras ou presentes. (FOUCAULT, 1995, p. 243)

No contexto do corpo público (dos indivíduos), Foucault (2004) estabelece a concepção de poder, ao torná-los sob domínio dos estratos sociais⁷⁷ superiores, onde acaba por separar o que é urbano, civilizado e saudável, do que se considera como não urbano, doente e desorganizado; trazendo a luz do conhecimento a ideia de que em uma cidade qualquer local pode funcionar como acúmulo de doenças, potenciais causadores de epidemias e endemias⁷⁸, além da necessidade de controle das circularidades.

Essa lógica de pensamento traz à tona o uso dos dispositivos de estudo da dinâmica epidemiológica da tuberculose nas cidades, uma vez que são essenciais para que não se estabeleçam relações mecânicas entre os indicadores de saúde⁷⁹ específicos e os indicadores sociais⁸⁰ obtidos em determinadas conjunturas. Aliás, a biopolítica de Foucault também se apropria e se concentra no emprego das previsões, estatísticas, e outros métodos de medição,

⁷⁷ É um conceito sociológico usado para analisar e interpretar a classificação dos indivíduos e grupos sociais, com base em dados e condições socioeconômicas comuns.

⁷⁸ É qualquer doença localizada em um espaço limitado denominado “faixa endêmica”. Se manifesta apenas numa determinada região, de causa local, não atingindo nem se espalhando para outras comunidades.

⁷⁹ São medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde.

⁸⁰ São medidas, geralmente estatísticas, usadas para traduzir quantitativamente um conceito social abstrato e informar algo sobre determinado aspecto da realidade social, para fins de pesquisa ou visando a formulação, monitoramento e avaliação de programas e políticas públicas.

pois essa técnica de utilização do poder ocupa-se de tudo que se define como determinante de fenômenos coletivos, utilizando-se do discurso do uso de dados relativos e pertinentes ao fato.

Sem dúvida, uma relação direta entre indicadores de saúde e indicadores sociais como renda, deterioração do salário real, PIB, saneamento, grau de escolaridade e outros, podem propiciar uma melhor elucidação do contexto de correlação tuberculose e desigualdades socioeconômicas nas cidades, como no município do Rio de Janeiro, definindo ações, trazendo a compreensão as incorreções de gestão e implementação de políticas voltadas para controle do problema, tanto quanto para aplicação de recursos disponíveis para tal, objetivando o bem estar social, e uma vida igualmente saudável e boa para todos.

Nesse aspecto, a biopolítica de Foucault se demonstra ainda mais presente, com o saber validando o poder, de forma a torná-lo capaz de interferir em fazer viver, validando a vida e estabelecendo a isenção da possibilidade de imprevisões, e situações acidentais e eventualidades que possam destituir dela o direito de interseção na administração da existência dos seres.

O poder produz saber (...), não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder (FOUCAULT, 2010, p.30).

A violenta existência da difusão de doenças infectocontagiosas transmitidas de pessoa a pessoa, como no caso da tuberculose, acaba por não apresentar perspectiva de solução na tão somente utilização de recursos convencionais e que não tratem efetivamente dos problemas vivenciados por estes como a segmentação social, a distribuição desigual, e a desterritorialização⁸¹, com grupos específicos sendo significativamente afetados, ao viverem em ambientes informais (favelas, ruas, presídios superlotados), enquanto suas desigualdades são reforçadas simplesmente por serem quem são, elevando seus níveis de marginalização.

Toda a dificuldade que rodeia a sobrevivência destes indivíduos, faz com que não tenham condições e meios de romper com esse ciclo de pobreza e miséria, e não exerçam o controle de suas próprias vidas. Na ausência de suas próprias forças acabam por buscar o amparo e a solução em forças externas, representados no Estado através dos governos e do mercado. Vítimas desse

⁸¹ Perda de território, um afastamento dos territórios de origem, havendo assim, uma perda de controle das territorialidades pessoais ou coletivas, uma perda de acesso a territórios econômicos e simbólicos.

mecansimo, esses se vêm presos a dependência de programas e políticas públicas, num processo que induz a desistência de sua própria cidadania (NETO, 2003).

Assim o biopoder permite a criação de um mercado na saúde, que disponibiliza os corpos às manipulações da ciência, camufladas na justificativa de criação de um bem-estar ou saúde. As tecnologias biopolíticas incidem sobre as populações imprimindo regras de controle que se estendem por toda sua vida. Através das políticas de desenvolvimento social, tal qual as políticas de controle da tuberculose, o controle dos indivíduos é contínuo e perpétuo, onde o corpo do tuberculoso deixa de ter vida própria, vida essa que é regulada e regulamentada por determinação de regras. Esse poder exercido sobre o corpo tuberculoso controla os corpos a todo o tempo, continuamente e em todos os lugares.

Mas, mesmo que tente-se a todo custo exercer a gestão da vida, como explicar os mecanismos que possibilitam negligenciar o avanço da tuberculose entre indivíduos em situação de vulnerabilidade no município do Rio de Janeiro? Em uma análise final, este estudo evidência a direta influência das determinantes socioeconômicas na efetivação e reprodução da tuberculose, através da elucidação do acometimento dos chamados grupos vulneráveis e em piores condições sociais, em proporções desiguais aos demais grupos populacionais. Na urbe do desenvolvimento econômico, urbanização e valorização dos espaços sociais, ganha o poder público, o mercado, mas perdem os indivíduos, a população e toda a sociedade.

Em meio a questões como essa, é urgente a articulação de serviços de saúde pública com demais organismos públicos do município. Políticas habitacionais, de infraestrutura, planejamento urbano, assistência social e educação são prioritárias à redução da carga social imputada à tuberculose, de forma que a resolução deste problema não seja atribuída exclusivamente as políticas de prevenção e controle da doença.

4 – CONCLUSÃO

É notória a ausência de controle efetivo da tuberculose no Brasil e no município do Rio de Janeiro, apesar desta afetar a sociedade há milênios. Mesmo por meio dos esforços da OMS em uma estratégia de erradicação da doença até 2035, ambos precisam reavaliar e modificar suas estratégias para transformar sua sociedade e tornar sua população mais equânime e saudável.

A realidade incrementada pelo crescimento na incidência de novos casos e mortes por tuberculose no município do Rio de Janeiro nos últimos anos, contribui para uma verdade que carece do aprimoramento de práticas integradas as determinantes da doença na cidade, e a atual situação epidemiológica da tuberculose no Rio de Janeiro necessita de atenção por parte dos governantes, comunidade científica, gestores, toda acepção de agentes de saúde (médicos, enfermeiros e agentes comunitários), e da própria população, em vias de um consenso quanto aos números e impactos da tuberculose entre as classes populares.

Neste estudo, todos os fatores socialmente relevantes para o aumento no número de casos das epidemias por doenças infectocontagiosas como a tuberculose, foram fortemente identificados no Rio de Janeiro. Estão presentes a urbanização desordenada; a falta de infraestrutura urbana mínima; acesso aos serviços básicos, incluindo os de saúde e segurança pública; a segregação socioespacial oriunda de um capitalismo concentrador de investimentos e provocador de grandes desigualdades como estratégia de sua materialização; movimentos migratórios intensos; a não adequação das estratégias e das políticas públicas de saúde com enfoque nos contextos sociais, culturais e econômicos dos diversos grupos.

Também preponderante é o uso das políticas públicas com o ênfoco meramente biológico de diagnóstico e cura, pautado exclusivamente em evidências clínicas e não nas necessidades e aspectos de vulnerabilização dos diversos grupos populacionais. Neste caso, as práticas de saúde, medicalização específica, diretrizes globais, coeficientes de incidência, vacinas, programas nacionais e seus protocolos, estratégias de saúde da família, e demais dispositivos funcionam como componentes de controle e vigilância de corpos, utilizando-se do saber e do poder para exercer uma relação de domínio inclusive sobre a ciência. Funcionando motivados, e como motivadores das desigualdades e da pobreza, utilizam-se delas como discurso de desenvolvimento e propostas para beneficiamento dos excluídos, a exemplo das estratégias de domínio e exclusividade na produção e distribuição dos medicamentos específicos para tuberculose, e busca ativa de casos pela ESF, disciplinando corpos e estabelecendo padrões e modos de vida.

Assim, o ciclo vicioso da doença e da pobreza se mantém fortalecido, ignorando o fato de que as determinantes sociais oferecem diferentes olhares a respeito da reprodução da tuberculose nos mais variados ambientes, com o saber médico soberano perante as determinantes sociais.

É fundamental a priorização de ações interfaceadas de saúde pública com as políticas de assistência social num aspecto de intersetorialidade, pois, a redução de casos e mortes por tuberculose não podem ser imputados como de responsabilidade exclusiva ao setor saúde, uma vez que suas determinantes são originadas de processos externos, não de processos meramente de aspecto biológico. As estratégias de descentralização, em níveis estaduais e municipais das ações de controle da tuberculose devem funcionar como importante ferramenta de gestão, sendo agregadas as políticas públicas de saúde (PNCT), estabelecendo um diálogo com contextos, histórias e modos de vida das populações em situação de vulnerabilidade.

A nítida distribuição diferenciada da doença entre ricos e pobres, negros e brancos, homens e mulheres, graus de escolaridade, faixa etária, e contextos de vulnerabilidade, demonstram a intensidade e proximidade das desigualdades sociais enquanto fator decisivo do processo saúde-doença, destacando a tuberculose no Rio de Janeiro. São estas desigualdades que de forma injusta se constituem como grande desafio de superação nos processos de adoecimento e cura, exigindo ações, com efoque nas demandas apresentadas pela população.

Não só os programas de controle da tuberculose com seus aspectos técnico-científicos, de uma doença que transcende unicamente os aspectos biológicos, devem funcionar como instrumento de promoção, manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos na sociedade carioca, optando pelo resgate dos princípios e conceitos norteadores de intersetorialidade das políticas públicas com as políticas de ação social, e reconhecendo na privação de direitos básicos como moradia, saneamento, educação, trabalho, renda e seguridade, as principais causas e determinantes não-biológicas de agravos a saúde. Proporcionar condições de inclusão socioeconômica, de infraestrutura, aspectos sanitários, habitacional e nutricional para as classes populares deve ser pauta emergente dos governantes e gestores de saúde do Município do Rio de Janeiro, dimensionando a dignidade do indivíduo em todos os aspectos, sem dissociar estratégias de erradicação da tuberculose como problema de saúde pública, de determinantes que hoje funcionam como dizimador dos homens em seu território, em um processo de aspecto segregativo e de controle social.

Integrar políticas públicas de assistência social, econômicas e ambientais, no município do Rio de Janeiro, irão fazer muito mais pela população em situação de vulnerabilidade, do que

meramente tornar as vítimas culpadas por sua situação de saúde, tal qual irão promover verdadeiramente o mais completo “estado de bem-estar físico, mental e social”.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANTUNES, *et al.* A tuberculose através do século: Ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, V. 5, n. 2, P. 367-379, 2000.

BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(7):2097-2108, 2017.

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 248p. Coleção Antropologia & Saúde. Disponível em: <http://books.scielo.org> Acesso em: 11/04/2018.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, MS, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil**. Brasília: MS, 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Implantação do Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Vol.49, n. 11, Brasília: MS, Mar. 2018.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasil livre da tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e Operacionais da doença. Vol.50, n. 09, Brasília: MS, Mar. 2019a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Panorama da tuberculose no Brasil**. São Paulo: MS, Set., 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 2 ed. Brasília, 2019b. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs Acesso em: 09/07/2019.

DALCOLMO, M. P. Tuberculose nos tempos atuais: De novo uma ameaça? **Anais da Academia Nacional de Medicina**, Rio de Janeiro, V. 190/2, p. 49-57, 2019. Disponível em: <http://www.anm.org/anais/Anais-volume190-2-2019.pdf> Acesso em: 16/09/2019.

FERREIRINHA, I. M. N. *et al.* As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 44(2):367-83, Mar/Abr. 2010.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**, curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 20 ed. São Paulo: Editora Graal, 2004

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**, curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 20 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

HIJJAR, M. A. *et al.* Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista Saúde Pública** 2007; 41(Supl. 1):50-58.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br> Acesso em: 13/07/2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama> e <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama> Acesso em: 13/07/2019.

KRITSKI, A. L. *et al.* Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil. **Revista Saúde Pública** 2007; 41(Supl. 1):9-14.

MACIEL, *et al.* A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Revista Brasileira Clínica Médica**, São Paulo, 2012 mai-jun; 10(3):226-30.

O GLOBO, **Tuberculose avança no rastro de problemas sociais**, p. 12. Publicada em 15/10/2017.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Global Tuberculosis Control Report 2015, 2016, 2017 e 2018**. Geneva: WHO; 2015, 2016, 2017 e 2018.

OPAS, ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório Técnico: Fortalecimento da Vigilância em Tuberculose**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra> Acesso em: 09/07/2019.

PÔRTO, A. **Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito**. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 43-49, set. 2007.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde, **Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2008-2016**, Rio de Janeiro, SMS, 2016a.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde, **Coleção Guia de Referência Rápida – Tuberculose**, 1 ed., Rio de Janeiro, SMS, 2016b.

RODRIGUES, H. B. C. Foucault nas lutas estratégicas no campo da saúde. **Revista Ecológica** 15: mai/ago, 2016.

RUFFINO-NETTO, A.; PEREIRA, J.C. Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso do Rio de Janeiro. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 12, p.27-34, 1981.

RUFFINO-NETTO, A.; SOUZA, A.M.A.F. **Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. Informe Epidemiológico do SUS**; vol. 8. n.4. p. 35-51. 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.

SABROZA, P. C. **A produção social das condições de vida e da tuberculose**. Revista Riopharma. 2001; 45:7-9.

SABROZA, P. C. **Concepções de saúde e doença**. In: Especialização em avaliação de programas de controle de processos endêmicos com ênfase em DST/HIV. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004, Vol II, p. 81-121.

SANTOS, M.L.S.G. *et al.* Pobreza: Caracterização socioeconômica da tuberculose. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 762-767, set/out. 2007.

SILVA, J. R. L.; BOÉCHAT, N. O ressurgimento da Tuberculose e o impacto do estudo da imunopatogenia pulmonar. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** 30(4), p.478-484 Jul/Ago. 2004.

SOUZA, *et al.* **Tuberculose sem medo**. São Paulo: Atheneu, 2002.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro, Coleção tendências, V.6: Editora Graal, 1984.