ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DA TUBERCULOSE E DIÁLOGO COM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL

Débora Regina Marques Barbosa[1]; Manoel Guedes de Almeida[2]; Lidiane Mota Martins[3]; Tayná Maria Gonçalves Varão Silva[4]; Jose Ivo dos Santos Pedrosa[5]; Matilde Marques Barbosa[6]

[1,3.] Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
[2,4,5,6]Universidade Federal do Piauí – UFPI

RESUMO

A tuberculose (TB) afasta os indivíduos acometidos de seus ambientes sociais e afetivos e à reconstrução de valores coletivos, relegando-os à condição de inferioridade e subserviência sartreanos, passivos às condições opressoras impostas pela sociedade, que desconsidera o *Outro* como legítimo na construção social intersubjetiva. **Este trabalho visa a**bordar os aspectos sociais, simbólicos e psicológicos do portador de tuberculose e PPS no Brasil através de revisão integrativa nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Google Scholar por meio dos descritores Tuberculose; Aspectos Psicossociais; Aspectos Socioculturais; Politicas Públicas em Saúde e Promoção da Saúde, agrupado ou individualmente, segundo sua proximidade ou afastamento com a pergunta norteadora: "Como as Políticas Públicas em Saúde dialogam com aspectos socioculturais da Tuberculose?". Considerando que a forma de ver uma situação e seu significado em determinada realidade é fator norteador, mesmo que subjetivo, de ações, acentua-se que intervenções devam dar-se na medida de sua totalidade humana, sócio-econômico-político-cultural. É nesse sentido que o conhecimento da situação socioeconômica e cultural de uma região é imprescindível ao enfrentamento da cadeia de eventos dessa doença eminentemente social em determinada comunidade.
Palavras – chave: Tuberculose; Políticas Públicas de Saúde; Aspectos socioculturais.

ABSTRACT

Tuberculosis away from individuals affected by their social and affective and reconstruction of collective values, relegating them to the condition of inferiority and subservience Sartrean, liabilities oppressive conditions imposed by society, which dismisses the other as legitimate in the intersubjective social construction. This work aims to address the social, psychological and symbolic carrier of tuberculosis and PPS in Brazil through integrative review in databases Scientific Electronic Library Online (Scielo) and Google Scholar using the descriptors Tuberculosis; Psychosocial Aspects; Socio-cultural Aspects; Public Health Policies and Health Promotion, individually or grouped according to their proximity or remoteness to the guiding question: "How public Health Policy dialogue with socio-cultural aspects of Tuberculosis?". Whereas the way of seeing a situation and its meaning in a certain reality is guiding factor, even though subjective, of actions, it is stressed that interventions should take in the full measure of human socio-economic-political-cultural. In this sense, knowledge of cultural and socioeconomic situation of a region is essential to confronting the chain of events that disease primarily social in a given community.
Keywords: Tuberculosis, Public Health Policies; socio-cultural aspects

INTRODUÇÃO

A tuberculose não é uma doença nova, sendo tão antiga quanto a própria constituição da sociedade. Todavia, vem assumindo feições cada vez mais particulares em todo o mundo, haja vista a cronificação de várias doenças que convergem para um estado geral enfermo, como AIDS (primeira causa de morte aos pacientes com Tuberculose) e outros agravos imunodepressores característicos de uma mudança epidemiológica geral trazida no bojo de alterações sociais e médicas consideráveis.

Estima-se que um terço da população mundial encontra-se com Tuberculose, uma doença infectocontagiosa causada por *Micobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch, descoberto em 1882. No organismo humano, esse patógeno se desenvolve em órgãos – alvo, como pulmão, ossos, rins e meninges, constituindo formas clínicas de características e gravidades diversas (KRITSKI *et. al*., 2007).

Segundo Kritski et. al (2007), o Brasil esta incluído entre os 22 países que abrigam 80% do casos existentes de TB no mundo, isto é, um terço da população mundial - cerca 2 bilhões de pessoas - encontram-se infectada por *Mycobacterium tuberculosis* .Um dado alarmante, visto que aloca essa doença à categoria de agravo infeccioso que mais mata no mundo, tendo chegado em 2005 a 1,6 milhões de mortos.

Segundo Hijjar *et al*. (2001), a grave situação em que se encontra essa doença se associa intimamente com o aumento da pobreza, à má distribuição de renda e à urbanização acelerada. Nesse sentido, acrescenta, constitui mais um agravo à situação econômica local, atingindo, sobretudo, indivíduos economicamente ativos. Nesse sentido, considerando-se o caráter social da doença e sua ressignificação à luz de Almeida; Pedrosa e Soares (2011), a TB assume feições novas ao passo que o próprio entendimento de doença se modifica, sendo hoje um grave problema social e de saúde pública.

No entanto, ainda são tímidas as iniciativas populares que influenciam as políticas para o controle desta enfermidade, haja vista a dimensão que esta doença tem atingido. Segundo Santos Filho e Gomes (2007), o surgimento destas organizações comunitárias se deu há pouco tempo, sendo, até 2003, mínima a participação destes na luta contra a TB, quando os únicos participantes presentes no combate a doença se constituíam por uma ampla gama de profissionais da área da saúde. Não é de se surpreender, todavia, quando se considera que os movimentos de Controle Social do SUS, por exemplo, ainda tateiam nos dias atuais no sentido de uma ampla mobilização social em saúde. A iniciativa mais relevante na mobilização popular se deu a partir da formação do Fórum de ONG Lutando Contra a Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro e a incorporação do tema da enfermidade pelo Fórum de ONG AIDS no Estado de São Paulo, ambas em 2003, entidades constituídas em sua maior parte pela comunidade civil (ALMEIDA; PEDROSA; SOARES, 2011; SANTOS FILHO; GOMES, 2007).

Por conta desses e outros motivos, em 1993 a Organização Mundial de Saúde declarou o estado de Urgência da Tuberculose. Isto se deu por conta dos altos índices de incidência e mortalidade em várias partes do mundo, bem como pelo surgimento de cepas resistentes a múltiplas drogas em várias regiões. Quando se considera os fatores sociais e ambientais da doença, fica clara a dificuldade de controle da mesma, que se difunde facilmente em locais com grande aglomeração populacional, comum nos centros urbanos, e

maior contato físico e diário entre as pessoas, em transportes coletivos e instituições de ensino ou trabalho, por exemplo; esses fatos corroboram a ideia geral da relação íntima entre fatores sociais, biológicos, geográficos e psicológicos na gênese e desenvoltura da doença (HIJJAR et. al., 2005).

Em face do exposto, o presente trabalho tem por objetivo abordar os aspectos sociais, simbólicos, psicológicos e econômicos do portador de tuberculose no Brasil e as Políticas Públicas de Saúde para seu controle.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura na base de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Google Scholar por meio dos descritores por meio dos descritores Tuberculose, Aspectos Psicossociais; Aspectos Socioculturais; Politicas Públicas em Saúde e Promoção da Saúde agrupado ou separados.

Revisão integrativa é uma metodologia de pesquisa bibliográfica que proporciona integrar o congrecimento atual sobre determinada temática,bem como identificar, analisar e sintetizar estudos independentes de modo a se construir conclusões como fruto dessa aglutinação de saberes, o que possibilita o desenvolvimento de pensamento crítico sobre o tema abordad (SOUZA M.T. *et. al.* 2010).

Partiu-se para tanto das seguintes perguntas norteadoras: "Como as Políticas Públicas em Saúde dialogam com aspectos socioculturais da Tuberculose?" Como critério de inclusão, considerou-se apenas artigos completos publicados em língua portuguesa entre os anos de 2000 a 2012**.** Em seguida, por meio de busca ativa, foram selecionados trabalhos relacionados ao tema por sua proximidade ou distanciamento com a pergunta-chave.

Como critério de inclusão, foram utilizados trabalhos publicados em periódicos ou livros em língua portuguesa ou espanhola. Como critério de exclusão, fora considerada, através de busca ativa, o distanciamento da questão norteadora do presente trabalho. Tendo em vista a necessidade de se incluir diversas visões sobre o tema, optou-se por não utilizar período de publicação como critério de inclusão/exclusão.

Utilizamos o desenho de ensaio, entendido como o exercício crítico de procura, de caráter exploratório, acerca de um tema ou objeto de reflexão com o objetico de construir novas formas de abordagem ou de olhares sobre o assinto (TOBAR E YALOUR, 2001).

Para apresentação, síntese e análise dos dados, optou-se por abordagem descritiva, de modo a possibilitar observar, descrever, classificar e comparar dados.

RESULTADO

Kritski et. al.. (1996) é enfático ao afirmar que os agravos relacionados à TB estão, também, intimamente associados a questões sociais como a pobreza. Afirma ainda que o aumento os processos de migração da população brasileira e favelização dele decorrente, a má distribuição de renda, situações de moradia e atenção geral á saúde estão no epicentro da grave situação em saúde não só no tocante à tuberculose, mas a outras enfermidades infectocontagiosas. A esses fatores, se associam outros biológicos *lato sensu*, como cepas resistentes e mais virulentas do bacilo, bem como associação da doença com comorbidades, como HIV/AIDS. Hijjar *et. al.* (2005) reafirma essas ponderações e acrescenta que a TB não pode ser considerada no caso brasileiro sob a mesma ótica que é vista em países desenvolvidos. Considerando que a forma de ver uma situação ou uma realidade e sua

significação frente a uma realidade é fator norteador, mesmo que subjetivo, de ações, a observação de Hijjar e colaboradores aqui pontuada é importante ao acentuar o fato de que as intervenções neste país devam ser próprias na medida de nossa realidade. Essa ressignificação da TB e de suas políticas de controle só é possível com um maior incentivo à participação popular e estudos da realidade particular de cada região.

Segundo Barbosa (2012) a tuberculose está presente na sociedade desde os tempos mais remotos, adquirindo traços característicos que não se limitam à alteração morfofuncional decorrente do processo patológico. Por ser uma doença infecto-contagiosa, traz consigo aspectos sociais estigmatizastes que, ao longo da história, culminaram em afastamento paulatino dos acometidos de seus ambientes coletivos e afetivos, relegando-os a uma condição de estranheza no que pese seus aspectos psicológicos. Desse modo, o doente assumira uma condição de inferioridade e subserviência, passivo às condições opressoras impostas por uma sociedade lesiva, que não considera, segundo Maturana (2002) e Almeida *et. al.* (2011), o *Outro* como legítimo na construção social.

Estes aspectos estigmatizantes se coadunam com o que Ruffino-Netto (2001) chama de negligencia das autoridades em considerarem ser a TB uma doença que não mereça atenção em nível local. Segundo o mesmo autor, o conhecimento da morfofisiológica da doença e seus dispositivos para o tratamento e cura do doente não têm alcançado resultados epidemiologicamente significativos por representarem apenas pequeno recorte do agravo, desconsiderando a construção socioeconômica e a subjetivação orientadora de modos de vida que a doença enseja.

Sob essa mesma ótica, as políticas públicas existentes no Brasil possuem como foco principal o bacilo, deixando de lado todo contexto que evolve o sujeito e sua construção cultural.

Outro ponto importante apontado por Filho & Gomes (2007) é a quase completa escassez de participação da sociedade civil organizada até meados de 2003 na tomada de decisão quanto às políticas no combate à TB. Em nenhum momento desde a interferência inicial do Estado, no inicio do século XX, houve participação popular em qualquer tomada de decisão quanto à suas ações. Esse fator foi e ainda é preponderante quando se considera o caráter marginalizante da TB e o sentimento de exclusão do contexto sociopolítico de combate a seu estado mórbido. Nessa estranheza entre Estado e Comunidade talvez resida o gérmen do estado maior de calamidade em que se encontra a TB no Brasil e a dificuldade de participação popular nas políticas publicas no combate a esse agravo. De 2003 em diante, todavia, uma gradual participação popular, apoiada pela abertura política virtualmente proporcionada pelo SUS nas decisões públicas, têm acarretado redução gradual na mortalidade e morbidade por TB no país, com aumento dos casos diagnosticados, maior incide de cura e redução da prevalência da doença. Apesar de ainda tatear nesse sentido, essa maior participação popular já mostra resultados concretos mais significativos do que anos de políticas públicas deterministas e centralizadas em um foco de governo desconhecedor da realidade nacional e suas particularidades.

Desta forma, medidas de controle da tuberculose vêm, então, sendo desenvolvidas ao longo dos anos com o intuito de reduzir os efeitos lesivos da doença. Para tanto, criou forma o Plano de Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose em Municípios Prioritários Através da Atenção Básica. Que tem como ações principais a promoção da mobilização social

para a real implementação do Plano nos municípios, bem como qualificação e treinamento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, disponibilização de dados referentes à TB no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), de modo a racionalizar as ações e quantificar seus efeitos, com base em indicadores de melhoria pré-definidos.

Apesar de as Políticas Públicas de combate à tuberculose não serem recentes no Brasil, datando do início do século XX, ações mais de maior impacto só começaram a ser desenvolvidas tardiamente. Após vários insipientes, projetos pouco mobilizadores e grandes nomes, como o de Carlos Chagas e sua Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, no final da década de 1910, e do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, em 1975, essa doença só passou a ser prioritária para o Ministério da Saúde em 1999 (COELHO et. al., 2010; RUFFINO-NETTO, 2002).

Ruffino-Netto (2002) bem aborda as políticas construídas no Brasil no combate ou controle da Tuberculose no decurso dos anos. A criação do Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) em 1940, corepresentou tenro início indicativo de um norte ou caminho a seguir. Logo em seguida instalou-se a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) no qual teve um enorme impacto no Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Em 1970 substitui-se o SNT pela Divisão Nacional de Tuberculose (DNT). Essas políticas tinham como objetivo maior a assistência aos portadores de TB com vistas à diminuição da transmissibilidade pessoa-pessoa. Baseavam-se, para tanto, no isolamento dos pacientes e tratamento da doença. Um ano depois surge, sob a mesma visão médico-assistencialista que embasou as outras políticas, a Central de Medicamento (CEME) com intuito de distribui tuberculostáticos para os doentes. Em 1975, inaugura-se o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que se adere ao Programa de Controle da Tuberculose e restringe as ações da DNT.

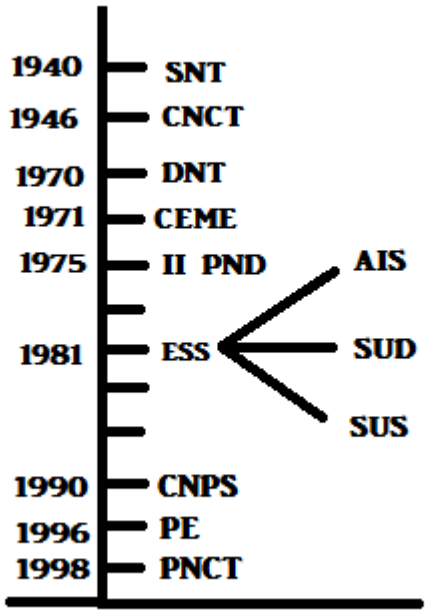
Em 1981, já mobilizados pelas ideias difundidas pela Reforma Sanitária, surgem novas estratégias de serviço em saúde que visam à atenção integral do paciente com TB. Configuraram-se em Ações Integradas à Saúde (AIS), Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa tríade sustentava uma malha mais ou menos coesa, mesmo que virtualmente, de atenção integral do paciente.

Em 1990 é então extinto o CNCT e criada a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS), ainda com pesada influência epidemiológico-sanitarista.

O ano de 1993 representou um ponto de inflexão na atenção à tuberculose. Quando a OMS declarou que a TB no mundo era um estado de Urgência, fez com que o Ministério da Saúde do Brasil, sobre tensa pressão dos movimentos sociais organizados, elaborasse um Plano Emergencial de combate à tuberculose com o objetivo de controlar a doença, sendo efetivado apenas em 1996. Em 1998 lança-se o Plano Nacional de Controle de Tuberculose com as seguintes diretrizes: *O Ministério da Saúde será responsável pelo estabelecimento de normas, pedido e abastecimento dos medicamentos, pela coordenação do sistema de informação, o devido apoio aos Estados e Municípios e pela articulação intersetorial.* Desse modo, fora efetivamente estruturada a malha de informações, saberes e ações em saúde com vistas à efetivação das políticas de combate à tuberculose no Brasil (RUFFINO-NETTO, 2002).

A figura 1 traz a evolução das políticas públicas em saúde contra a tuberculose no Brasil segundo ano de implantação.

Fig. 1. Políticas de Controle da Tuberculose no Brasil



O PNCT e as ações do MS vêm unindo e articulando as ações dos três níveis de assistência e gestão no SUS, aglutinando a participação social e as organizações não governamentais com intuito de realizar o diagnostico da doença e garantir o tratamento supervisionado que deve ser ofertado a todos os casos identificados (RUFFINO-NETTO, 2002).

Convém ressaltar que a implementação real de qualquer política em saúde requer uma organização, uma hierarquia dissipadora de ideias e ações ou uma malha coesa articuladora. Por essa razão, afirmam Almeida *et. al.* (2011), as ações em saúde no período pré – SUS eram dissociadas de efetividade substancial, sendo, de fato, desproporcional aos gastos destinados para o setor saúde. A grande revolução do SUS, nesse contexto, constitui-se na construção de uma Rede de Acolhimento, acolhimento não só de pessoas, mas de ações. Desse modo, pode-se considerar a decisão do MS em 1998 de criar o PNCT como sendo filha da base sólida constituída pela Rede do Sistema Único de Saúde.

CONCLUSÃO

Por ser a TB uma doença infectocontagiosa, a permanência da doença nas populações estão na dependência tanto da transmissão quanto da fonte transmissora, sobre as quais devem recair os pensamentos e ações. Por essa razão, as regiões com maior prevalência da doença geralmente estão associadas também à maior incidência, haja vista a transmissão interpessoal, direta ou indireta, da mesma. Estimativas do Ministério da Saúde apontam que apenas uma

pessoa bacilífera é capaz de infectar, em um ano, em média 10 a 15 pessoas. Por ser o homem o reservatório principal do bacilo, é sobre ele e suas inter-relações que devem recair as políticas de combate à TB. É nesse sentido que o conhecimento da situação socioeconômica e cultural de uma região é imprescindível ao entendimento completo da cadeia de eventos que levam à perpetuação da doença em determinada comunidade.

Convém ressaltar que essa tendência de maior participação popular nas políticas públicas não é fruto de passividade, mas de pequenas agremiações que ganharam corpo e representatividade política, produtos de melhor estruturação e implementação de medidas idealizadas pelo Movimento de Reforma Sanitária e Educação Popular em Saúde, substratos essenciais à solidificação do SUS e reconstrução simbólica do doente frente a sociedade. O entendimento da construção cultural do portada doença, mobiliza ações direcionada a ampliações de políticas públicas que abarquem não somente os aspecto biológico do doente mais todo seu entorno sociais, psicológico e econômico. O que nos leva a crer que o conhecimento de todos estes aspectos para a construção cultural do doente, funciona como uma ferramenta de mobilização em prol da ampliação de políticas que abarquem todos estes aspectos citados anteriormente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. G; PEDROSA, J. I. S; SOARES, L. F. Templos e Terreiros: a Universidade em Tempos de Cólera. **Saúde e Cultura de Paz**. UFC, IMPRECE. v. II. p. 43-43., 2011.

ALMEIDA, M. G.; NUNES, A. F.; SILVA, T. M. G. V.; BRANDÃO,D. C. B. S.; BARBOSA,V. R. A.; JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA, J. I. S.; BARBOSA, D. R. M. **Participação popular nas políticas públicas no combate à tuberculose no brasil de 2000 a 2011.** X Congresso Brasileiro da Rede Unida, 2012, Rio de Janeiro. Interface - comunicação, saúde, educação, 2012.

BRADLEY, D. J. Regulation of parasite populations. **Trans. Royal Soc. Trop. Med. Hyg.** 66: 697-708, 1972. Interface: Saúde, educação e gestão.

BRASIL. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação do Maranhão**. Ministério da Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF, 2005.

BRASIL. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Ministério da Saúde. Meus doc: relatório da tuberculose/CGDEN, 2008.

COÊLHO, D. M. M. ; VIANA, R, L. ;MADEIRA, C. A. ;FERREIRA. L. O. C; CAMPELO, V. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 19(1):33-42, jan-mar, 2010.

HIJJAR, M. A.; MARIA JOSÉ PROCÓPIO, M. J, FREITAS, L. M. R; GUEDES, R; BETHLEM, E. P. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. **Pulmão** RJ,14(4):310-314, 2005.

HIJJAR, M. A, MARIA JOSÉ PROCOPIO, M. J. OLIVEIRA, R., TEIXEIRA, G. M. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Boletim de Pneumologia Sanitária** - Vol. 9, Nº 2 - jul/dez – 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf.> Acesso em: nov. 2011.

KRITSKI, A. L. ; VILLA, T. S; TRAJMAN, A; LAPA E SILVA, J. R; MEDRONHO, R. A; ANTONIO RUFFINO-NETTO, A. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. **Rev. Saúde Pública** v.41 supl.1 São Paulo set., 2007.

MATURANA, H. **Ontologia da Realidade**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

PENNA, M. L. F. Uma abordagem ecológica da tuberculose. **Caderno de Saúde Pública,** RJ, 4(4): 356-362, out/dez, 1988.

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

SANTOS FILHO, E. T, GOMES, Z. M. S. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. **Rev Saúde Pública.** 41(Supl. 1):111-116, 2007.