



Carlos Fabricio Fernandes Brazão

**A mobilização social na perspectiva da vigilância e do controle da tuberculose no Brasil:
uma apreciação crítica**

Rio de Janeiro

2017

Carlos Fabricio Fernandes Brazão

**A mobilização social na perspectiva da vigilância e do controle da tuberculose no Brasil:
uma apreciação crítica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Território, vigilância e análise das condições de saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosely Magalhães de Oliveira

Coorientador: Prof. Dr. Gil Sevalho

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B827m Brazão, Carlos Fabricio Fernandes.
A mobilização social na perspectiva da vigilância e do controle da tuberculose no Brasil: uma apreciação crítica / Carlos Fabricio Fernandes Brazão. -- 2017.
105 f.

Orientadora: Rosely Magalhães de Oliveira.
Coorientador: Gil Sevalho.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Tuberculose. 2. Condições Sociais. 3. Participação Comunitária. 4. Educação em Saúde. 5. Vigilância em Saúde. 6. Atenção Primária à Saúde. 7. Brasil. I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.9950981

Carlos Fabricio Fernandes Brazão

A mobilização social na perspectiva da vigilância e do controle da tuberculose no Brasil:
uma apreciação crítica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Território, vigilância e avaliação das condições de saúde.

Aprovado em: 26 de maio de 2017.

Banca Examinadora

Dr^a. Monica Kramer de Noronha Andrade
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

Dr^a. Marize Cunha Bastos
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

Dr^a. Helia Kawa
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Dr^a. Marly Marques da Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Gil Sevalho
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz
(Coorientador)

Dr^a. Rosely Magalhães de Oliveira
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz
(Orientadora)

Rio de Janeiro

2017

À Ediana, ao Carlinho e ao Marcelo, meus primeiros e eternos professores nesta infinita universidade das esquinas da vida.

AGRADECIMENTOS

À Natureza e ao mundo que me proporcionam encontros amorosos, além de desencontros apaixonadamente incríveis.

À Belém, ao Pará e a todas as pessoas queridas que de lá me querem bem.

Aos amigos e conhecidos do Brasil que me desejam bons vãos.

Ao meu irmão, e parceiro da vida, Renato, simplesmente por ter sido o meu maior cúmplice existencial desses últimos anos, a quem devo grande parte das alegrias conquistadas dentro e fora de casa.

À minha irmã, e também parceira da vida, Luciana, por ter sido, antes de tudo começar, a mais próxima inspiração e motivação para passar os dois últimos anos da minha vida estudando.

Às minhas queridas e ímpares amigas da natureza Mari e Vivi. Sem vocês esse mestrado não aconteceria.

À pessoa mais especial que conheci nesses últimos anos, a Marcela, que me apresentou um cheiro de vida muito mais prazeroso e uma medida de carinho quase que ancestral, capazes de deixar o estudo muito mais leve.

Aos professores que marcaram todos os meus anos de estudo até aqui, desde o jardim de infância até a faculdade. De alguns lembro com muito carinho e gratidão. Como símbolo disso, um agradecimento afetuoso à amiga Maria Rita.

Aos professores do mestrado, principalmente à Marize, pela parceria, solicitude, amizade, confiança e acolhimento.

À minha já eterna orientadora Rosely e ao meu já eterno orientador Gil. Queridos, sensíveis, compreensivos, verdadeiros, críticos. Comigo levo uma livre vivência da “construção compartilhada do conhecimento” desses dois anos de encontros, escrita no “diário de campo” das minhas mais infinitas experiências. Obrigado pela liberdade e pela confiança.

Nem sempre, infelizmente, muitos de nós, educadoras e educadores que proclamamos uma opção democrática, temos uma prática em coerência com o nosso discurso avançado. Daí que o nosso discurso, incoerente com a nossa prática, vire puro palavreado. Daí que, muitas vezes, as nossas palavras “inflamadas”, porém contraditadas por nossa prática autoritária, entrem por um ouvido e saiam pelo outro - os ouvidos das massas populares, cansadas, neste país, do descaso e do desrespeito com que há quatrocentos e oitenta anos vêm sendo tratadas pelo arbítrio e pela arrogância dos poderosos.

(FREIRE, 1989, p. 16).

RESUMO

A tuberculose (TB) é um problema global fortemente relacionado com as condições de vida da população. É agravo complexo e de difícil controle. A mobilização social tem sido reconhecida como fundamental à vigilância e ao controle da doença, historicamente pautados na vigilância epidemiológica, que é imprescindível, porém limitada diante da complexidade da TB. Nesta pesquisa, discutem-se criticamente algumas questões importantes sobre a mobilização social em TB no Brasil. O objetivo geral é conhecer criticamente as concepções de mobilização social para a vigilância e para o controle da tuberculose presentes no Programa e no Plano de Controle da Tuberculose implementados no Brasil e nas produções científicas sobre a doença. Objetiva-se, especificamente, compreender as concepções de mobilização social presentes no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (2006), no Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose (2007-2015), nas produções científicas brasileiras sobre TB que trataram deste tema no período de 2007 à 2016 (caracterizando as produções) e discutir a relação entre essas concepções. Realizou-se leitura e análise de três documentos: o texto do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), de 2004, o Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose (PECT), Brasil 2007-2015 e o documento de descrição da implementação do Programa Fundo Global de Luta Contra a Aids, Malária e Tuberculose no Brasil devido à importância do Fundo Global para a mobilização social em TB no país. Os artigos foram selecionados a partir de busca na Biblioteca Virtual em Saúde, refinando-se para que os descritores escolhidos fossem o assunto principal, junto com tuberculose, e o Brasil fosse o país de abordagem; excluíram-se as repetições e aqueles que não faziam alusão ao tema e, assim, obtiveram-se seis (6) artigos para leitura e análise. Os documentos e os artigos foram examinados por meio da análise de conteúdo. Embora favorável à mobilização social, o discurso, tanto oficial, dos documentos, quanto dos artigos, remetem a algumas contradições de ordem teórica e epistemológica. Embora priorizem a mobilização social, reportam-se a esta a partir de concepção funcionalista e utilitarista (filiada ao paradigma positivista da ciência), com uma intencionalidade regulatória, autoritária, ao invés de emancipatória, colocando-se a serviço da domesticação da sociedade, sem levar em conta as experiências de vida da população e a estrutura complexa de produção da doença.

Palavras-chave: Tuberculose. Condições sociais. Mobilização Social. Educação em Saúde. Vigilância em Saúde.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is a global problem strongly related to the living conditions of the population. It is complex and difficult to control. Social mobilization has been recognized as fundamental to the surveillance and control of the disease, historically based on epidemiological surveillance, which is essential, but limited in the face of the complexity of TB. In this research, were discussed critically some important issues about social mobilization in TB in Brazil. The general objective is to know critically the conceptions of social mobilization for the surveillance and control of tuberculosis present in the Program and Plan of Control of Tuberculosis implemented in Brazil and in the scientific productions about the disease. It is specifically intended at understanding the conceptions of social mobilization present in the National Tuberculosis Control Program (2006), in the Strategic Plan for the Control of Tuberculosis (2007-2015), in the Brazilian scientific productions about TB that approached this subject in the period from 2007 to 2016 (characterizing the productions) and to discuss the relationship between these conceptions. Three documents have been read and analyzed: the text of the National Program for Tuberculosis Control (PNCT), 2004, the Strategic Plan for Tuberculosis Control (PECT), Brazil 2007-2015 and the document describing the implementation of the Global Fund Program to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis in Brazil because the importance of the Global Fund for social mobilization in TB in the country. The articles were selected from a search in the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), refining so that the chosen descriptors were the main subject, along with tuberculosis, and Brazil was the country of approach; were excluded the repetitions and those that did not allude to the subject and, thus, six (6) articles were obtained for reading and analysis. The documents and articles were examined through content analysis. Although favorable to social mobilization, both official discourse and the articles discourse refer to some contradictions of a theoretical and epistemological nature. Although they prioritize social mobilization, they refer to this as a functionalist and utilitarian conception (affiliated to the positivist paradigm of science), with a regulatory, authoritarian and domesticated intentionalities, rather than emancipatory intent, without take into account the population's life experiences and the complex structure of TB production.

Key-words: Tuberculosis. Social conditions. Social Mobilization. Health education. Health Surveillance

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS ou SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS – Atenção Primária à Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAMS – Comunicação, Advocacia e Mobilização Social

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DOTS – *Directly Observed Treatment, Short-course*

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HIV ou VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBECS – *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud*

LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PECT - Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose

PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TB-MDR - Tuberculose Multi-Droga Resistente

TDO – Tratamento Diretamente Observado

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	15
2.1. OBJETIVO GERAL	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1. TUBERCULOSE, UM PROBLEMA COMPLEXO	16
3.1.1. UM BREVE RELATO HISTÓRICO.....	16
3.1.2. CONCEITOS E CONTEXTUALIZAÇÃO DA TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO	18
3.2. MOBILIZAÇÃO SOCIAL E TUBERCULOSE.....	23
3.3. VIGILÂNCIA E CONTROLE DA TUBERCULOSE E O DIÁLOGO COM A MOBILIZAÇÃO SOCIAL....	26
3.3.1. VIGILÂNCIA EM SAÚDE: caminhos históricos e limites	26
3.3.2. VIGILÂNCIA E CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	27
3.3.3. VIGILÂNCIA CIVIL COMO UM EXEMPLO DE NOVAS ALTERNATIVAS À MOBILIZAÇÃO SOCIAL NO CONTROLE DA TUBERCULOSE	28
3.4. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, EDUCAÇÃO POPULAR E SUAS INTERFACES COM A MOBILIZAÇÃO SOCIAL E A TUBERCULOSE	30
4. MÉTODO	35
4.1. PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS	36
4.2. ASPECTOS ÉTICOS.....	39
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1- SOBRE OS DOCUMENTOS OFICIAIS DE ORIENTAÇÃO DO CONTROLE DA TUBERCULOSE	40
5.2. SOBRE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA RELACIONADA À MOBILIZAÇÃO SOCIAL NO CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL, PUBLICADA NO PERÍODO DE 2007 A 2016.....	51
5.3. A MOBILIZAÇÃO SOCIAL E O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO NEOLIBERAL.....	58
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
APÊNDICE A	79
APÊNDICE B	70

1. INTRODUÇÃO

Algumas observações geram relatos. Algumas experiências produzem vivências. Algumas reflexões traduzem angústias. Algumas interrogações florescem movimentos. Alguns mergulhos desaguam em rios. Alguns rios lançam convites. Do céu do pensamento chovem idéias. Do chão pisado surge o hipotético. Sociedade, comunidade e doença. História, mobilização e esperança. Trabalho, realidade e mudanças.

Ao longo de seis anos de trabalho como médico de família e comunidade, tive a cidade como o principal cenário de atuação, principalmente a periferia urbana e a favela. Nesses territórios pude sentir, de perto, no contato com o território e com as pessoas, alguns conceitos importantes para a saúde pública. Vulnerabilidade social, desigualdade social, determinação social do processo saúde-doença, todos esses conceitos acadêmicos, pareciam vibrantes nos locais onde trabalhei.

As favelas e as periferias urbanas, entretanto, são territórios que transcendem esses conceitos. Dialogam fortemente com eles, mas vão além. São lugares plurais, habitados por pessoas que se relacionam afetivamente, que apresentam uma história, que vivem numa comunidade dinâmica, que possuem experiências capazes de lhes gerar autonomia e movimento. Mobilizam-se. Comunicam-se. Sabem (-se). Vigiam. Monitoram. E diante disso, as condições e as experiências de vida delas promovem criatividade e inventividade.

Muitas vezes, porém, tudo isso fica encoberto, seja pela academia, seja pelo sistema de saúde, seja pelo poder oficial do Estado, seja pelas forças políticas locais. O potencial mobilizador das pessoas dentro da comunidade às vezes é obstruído por cooptações ou por concepções oficiais conservadoras e pouco dialógicas de mobilização social.

Na tentativa de aprofundar os estudos sobre os conceitos apontados pelas experiências de trabalho, sobre território, sobre comunidade e sobre mobilização social, resolvi tomar um problema concreto vivido pela comunidade, no caso, o problema da tuberculose (TB) como o ponto de apoio às reflexões acerca de algumas inquietações.

A tuberculose configura-se como uma doença complexa, fortemente relacionada com as condições de vida da população. Reflete, direta ou indiretamente, a dinâmica do lugar onde vivem as pessoas portadoras e carrega um percurso histórico muito particular. É secular e já possui tratamento há mais de 70 anos. Apesar disso, apresenta altas taxas de incidência e

mortalidade em muitas partes do mundo e do Brasil, principalmente em territórios vulneráveis socialmente.

Trata-se de um agravo de difícil controle. Ainda hoje as ações de vigilância e controle da TB ocorrem de forma focada na coleta e na análise de informações e dados através da ficha de notificação e através da busca ativa de casos suspeitos. Tem-se em vista, sempre, a melhoria dos indicadores através do diagnóstico precoce, da redução do abandono e da melhoria da adesão ao tratamento. Apesar dos esforços da vigilância epidemiológica, não se observou um efetivo controle das taxas de incidência e de mortalidade no país.

Importantes ações de vigilância epidemiológica, ao longo da história, não deram conta de responder a toda complexidade do processo saúde-doença-cuidado envolvido na TB. Isso tem contribuído para a dificuldade de se alcançar ou de se manter o seu controle (RAINHO BRAZ, 2012; SILVEIRA, 2011).

Conhecer a magnitude da doença (dados de morbidade e mortalidade), sua distribuição e fatores de risco e tendência no tempo, dando subsídios para as ações de controle, tem sido o objetivo da vigilância epidemiológica para a tuberculose. O foco principal tem sido a melhoria dos indicadores, através do diagnóstico precoce, da redução do abandono e da melhoria da adesão ao tratamento. Especificidades dos territórios, das comunidades ou das pessoas não tem sido fundamentais para as ações de vigilância em TB (BRASIL, 2011).

O problema da tuberculose apresenta um histórico estado de permanência (BRASIL, 2011). Diante da ameaça do ressurgimento da doença enquanto problema de saúde pública, principalmente entre os países desenvolvidos que conseguiram empreender o seu controle, a OMS declarou, em 1993, a TB como uma emergência mundial e passou a recomendar a estratégia *Directly Observed Treatment, Short-course* (DOTS) como resposta global para o controle da doença.

Em 2006, foi lançada a estratégia Stop-TB/OMS visando ao alcance das metas globais estabelecidas, tendo com um dos seus componentes estratégicos o chamdo “empoderamento” dos portadores e das comunidades, dentro da perspectiva da advocacia, comunicação e mobilização social, da participação comunitária na atenção à TB e da carta de direitos do paciente.

A dificuldade perene de realizar o controle da doença e a necessidade de mudança nas estratégias de vigilância e de controle da TB, fez entrar em foco, além de outras novidades, a mobilização social em TB. Mesmo com as mudanças implantadas, os dados epidemiológicos

da TB pouco mudaram. As taxas de incidência e de mortalidade ainda permanecem elevadas. Mudanças de outra natureza, que não epidemiológicas, entretanto, certamente existiram, como a ampliação para a sociedade do acesso à informação sobre a TB.

No Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose (PECT), Brasil 2007-2015, apontou-se para a possibilidade da mobilização social e da participação dos doentes e da comunidade no programa da Tuberculose. Pouco se sabe, porém, quais as concepções de mobilização social que atravessaram o problema da TB nesse período, bem como os reflexos disso na vigilância e no controle da doença e suas repercussões futuras.

O Brasil, juntamente com outros 21 países, está no grupo de nações que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo e, por isso, são prioridades para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2015).

Algumas diretrizes internacionais (da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS) apontam que a mobilização comunitária, a mobilização social, a comunicação e a participação de pessoas afetadas e da comunidade são instrumentos fundamentais para o controle da tuberculose. No Brasil, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) alinhou-se a essas diretrizes no intuito maior de contribuir para a redução do abandono do tratamento e para o aumento do percentual de cura dos pacientes. No país, entretanto, o envolvimento da comunidade nas ações de controle de tuberculose ainda é recente (BRASIL, 2011).

Segundo Tatsch (2012) (p. 271):

Mobilização social é a união de pessoas articuladas de maneira responsável e interdependente, objetivando alcançar a melhoria de uma realidade comum. Os protagonistas desse movimento lideram essa ação captando seguidores e transformando o meio em que vivem.

Avanços importantes foram conquistados nos últimos anos com relação à inserção de organizações da sociedade civil nos esforços para o controle da TB. Segundo Santos Filho (2007), a mobilização social em TB no Brasil, nos últimos anos, não ocorreu espontaneamente, a exemplo da reação à epidemia pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) nos anos 1980. Ela precisou ser incentivada. Apesar dos avanços, o cenário epidemiológico pouco mudou. As taxas de mortalidade e de incidência têm se mantido. O aspecto mais positivo que passou a ocorrer foi uma maior circulação de informações sobre TB na sociedade (BRASIL, 2011).

A Estratégia Comunicação, Advocacia e Mobilização Social (CAMS) (BRASIL, 2006), do PECT, com elementos tanto do campo da vigilância quanto do campo da educação em saúde, é colocada como um pressuposto de interação dos serviços de saúde com a sociedade civil, no intuito de planificar as intervenções adequadas aos desafios do PNCT. Argumenta-se que experiências de distintos programas de saúde mostram que se obtêm melhores resultados quando pessoas e comunidades afetadas participam ativamente.

Educação popular, vigilância civil e Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido temas de campos distintos que carregam uma interface sólida com a mobilização social e sustentam, juntas e separadas, uma potencial perspectiva de dialogo com a questão da tuberculose, especificamente o seu difícil controle.

Existem exemplos históricos positivos de mobilizações em saúde baseadas na educação popular. A vigilância civil, por sua vez, sustenta um forte potencial de complementar a tradicional vigilância epidemiológica, apoiando-se na cultura local e na educação popular (SEVALHO, 2016). A APS, por outro lado, há vários anos, tem sido um grande cenário para as praticas de vigilância e controle da TB. Há alguns anos também, juntamente com o Sistema Único de Saúde (SUS), a APS tem sido um ponto de encontro para a discussão do tema mobilização social.

Com relação à TB, diante da forma como ocorreu, dos resultados e das repercussões da participação da população nos esforços para o seu controle no Brasil nos últimos anos, questiona-se quais concepções de mobilização social têm atravessado o PNCT e as produções científicas sobre TB que abordam este tema. Questões relevantes para a TB, que extrapolam o foco da realização do diagnóstico precoce, da adesão ao tratamento, da redução do abandono, da melhoria dos indicadores, aparentam permanecer tímidas.

Considera-se, portanto, necessário conhecer criticamente as concepções de mobilização social para a vigilância e para o controle da TB presentes nos Planos de controle da doença implementados no Brasil. A proposta deste trabalho é, também, conhecer as concepção de mobilização social existentes nas produções científicas brasileiras que tratam da mobilização social em TB. Para isso busca responder as seguintes perguntas:

- Quais as concepções de mobilização social presentes no Programa e no Plano de controle da tuberculose brasileiros (Programa Nacional de Controle da Tuberculose e Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, 2007-2015)?

- Quais as concepções de mobilização social presentes nas produções científicas brasileiras, no período de 2007 a 2016, que tratam da mobilização social no processo de vigilância e controle da tuberculose?

- Quais as características da produção científica brasileira que trata do tema mobilização social em TB entre os anos 2007 e 2016?

- Qual a relação entre as concepções de mobilização social presentes no Programa e no Plano e as concepções de mobilização social presentes nas produções científicas?

As ações de controle e vigilância, pautadas fortemente na vigilância epidemiológica, apesar de imprescindíveis para a saúde pública do país e do mundo ao longo da história, têm-se demonstrado limitadas para alguns territórios que convivem com problemas como o da TB. A TB, marcadamente, sustenta forte relação com as condições de vida da população.

Este estudo, portanto, poderá contribuir para um melhor entendimento das concepções que atravessam a mobilização social dentro da sua relação com o problema da TB. Poderá permitir, também, um processo crítico que ajude a reconhecer a importância de incorporar as experiências e as condições de vida da população nos processos de vigilância e controle de agravos com a natureza da TB, apontando elementos para a elaboração crítica de diretrizes do Programa de Controle da doença e para a reorganização das práticas nos serviços. Por fim, poderá reforçar a crítica ao paradigma científico que hegemoniza a academia e a sociedade.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar criticamente as concepções de mobilização social para a vigilância e para o controle da tuberculose presentes no Programa e no Plano de controle da Tuberculose implementados no Brasil e nas produções científicas sobre a doença.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender as concepções de mobilização social presentes no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (2006) e no Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose (2007-2015).
- Compreender as concepções de mobilização social presente nas produções científicas brasileiras sobre tuberculose que tratam deste tema no período de 2007 à 2016 e caracterizá-las.
- Discutir a relação entre as concepções de mobilização social presentes no Programa e no Plano e as concepções de mobilização social presentes nas produções científicas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. TUBERCULOSE, UM PROBLEMA COMPLEXO

3.1.1. UM BREVE RELATO HISTÓRICO

Antes mesmo de se tornar preocupante no Brasil, a tuberculose já inquietava o mundo. Em terras brasileiras, a preocupação se instalou a partir do final do século XIX, pela necessidade do país se realinhar no contexto internacional. Análises historiográficas sugerem a inexistência da TB junto às populações primitivas da América e do Brasil. Existem afirmações de que padres, ainda no primeiro século de ocupação portuguesa, vindo para o país trabalhar e se tratar de TB, tenham sido os primeiros disseminadores da doença entre os índios, contribuindo para o decréscimo populacional entre os tupi-guaranis catequizados (BERTOLLI FILHO, 2001).

Estudo mais recente, entretanto, identificou que o perfil proteico de uma múmia inca de 500 anos de idade, encontrada congelada na beira de um vulcão na Argentina, era semelhante ao de pacientes com infecção respiratória crônica. E a análise do DNA apresentou bactérias do gênero *Mycobacterium*, responsável por causar a tuberculose. Isso acaba sugerindo a existência da tuberculose no continente americano antes mesmo da chegada dos colonizadores (CORTHALS et al, 2012).

Com o início da escravidão, os negros africanos tornaram-se as principais vítimas da doença. Há indícios de que as condições de vida e de trabalho favoreceram a disseminação da moléstia entre os escravos e seus descendentes. O excesso de trabalho, a dieta alimentar precária, o alcoolismo e o fumo são apontados por alguns estudiosos como os responsáveis pelo alastramento da TB entre os negros. Ideia esta que é contrária a dos estudiosos que creditavam a disseminação à fatores biológicos raciais (BERTOLLI FILHO, 2001).

Como o passar do tempo, a TB no Brasil, assim como em outras partes do mundo, foi se tornando um fenômeno urbano. Isso fez com que os interesses de criar soluções para a TB partissem das elites das capitais, direcionando as atenções para os centros urbanos de maior densidade populacional. Criou-se o interesse de controlar a doença a fim de dinamizar a circulação de homens e mercadorias, necessidade fundamental para o bom funcionamento da economia (BERTOLLI FILHO, 2001).

A prevenção do contato e o amparo aos doentes pobres, entretanto, ficou por conta da sociedade civil, que assumia as tarefas de criação e de patrocínio das instituições que atuavam

em prol deste objetivo. Na Primeira República Brasileira não havia atenção nem recursos oficiais destinados a esse fim e a esse público. As pálidas medidas oficiais e o papel desempenhado pela miséria econômica, pela prostituição e pelo alcoolismo na disseminação da TB foram abolidos, inclusive, de palestras realizadas pela Liga Paulista Contra a Tuberculose, destinadas à elite intelectual paulista (BERTOLLI FILHO, 2001).

Posteriormente, alguns dispositivos foram criados pela Liga Paulista para este tipo de enfrentamento, porém não foram duradouros. A Liga Brasileira Contra a Tuberculose, criada no Rio de Janeiro, também não conseguiu beneficiar os infectados pobres da cidade nem do resto do Brasil. A “tisiofobia” atingia tanto as ruas e as pessoas quanto as instituições e os documentos oficiais que ou inexistiam ou censuravam verdades necessárias ao processo de controle da Tuberculose no Brasil (BERTOLLI FILHO, 2001).

A Liga Brasileira Contra a Tuberculose, transformada, em 1924, em fundação e, em 1936, tendo incorporado ao seu nome o de Ataulpho Paiva, seu presidente perpétuo, até 1920 foi a única instituição a atuar contra a tuberculose no Rio de Janeiro. Após esse tempo, o governo federal criou a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, órgão subordinado ao Departamento Nacional de Saúde, e fundou dispensários públicos para atendimento aos doentes e prevenção, inaugurando efetivamente uma política pública de controle da tuberculose (FUNDAÇÃO ATAULPHO PAIVA, s/d).

Até meados do século XIX, o portador de tuberculose trazia uma aura de excepcionalidade. No período romântico da história, desde o princípio do século XVIII, difundiu-se, em especial entre intelectuais e artistas, a 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. Era uma forma de se aproximar do sentido mais elevado da vida. Era um padrão romântico, que representava também a expressão de uma individualidade incomum e, por isso mesmo, refratária aos princípios que valorizavam o comportamento social típico do modo burguês de vida. Esse mito estendeu-se por todo o século XIX, até partes do século XX, período marcado pela conformação de uma nova ordem burguesa, avessa a paixões exaltadas e articulada à ideia de produtividade (PÔRTO, 2007).

A partir da segunda metade do século XIX, a TB emergiu socialmente não mais como manifestação física de uma espiritualidade refinada. A sua persistência e a sua disseminação, principalmente entre as populações desfavorecidas, passou a gerar preocupação por ser

sintoma de desordem social. A partir disso, a representação social da doença começou a apresentar mudanças (PÔRTO, 2007).

Mortal, a tuberculose continuou sendo vista como o resultado inevitável de uma vida dedicada a excessos, em desacordo com os padrões socialmente aceitáveis. Desta forma, o contato direto de qualquer pessoa com um doente poderia significar uma contaminação indesejada não só do ponto de vista clínico, mas também do ponto de vista moral. O horror diante da doença acabou por torná-la um tabu, um objeto de interdição. E seu sintoma extremo passou a ser cada vez mais a estigmatização do doente e seu consequente isolamento. Temia-se a “morte moral” tanto quanto e às vezes até mais do que a “morte física” (PÔRTO, 2007).

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

3.1.2. CONCEITOS E CONTEXTUALIZAÇÃO DA TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO

A tuberculose é uma doença bacteriana transmitida principalmente pelo ar de uma pessoa para outra. O agente causador é o *Mycobacterium Tuberculosis* (bacilo da TB ou bacilo de Kock - BK) (NOIA MACIEL et al, 2013).

É considerada uma das mais antigas doenças infecciosas e a doença mais comum da humanidade. A TB, embora passível de um efetivo tratamento, permanece na atualidade como um importante problema de saúde pública mundial. Esta realidade se dá, dentre outros motivos, em virtude da ampla dispersão geográfica, da emergência de casos multirresistentes e da coinfeção com o VIH (SAN PEDRO e OLIVEIRA, 2013).

A doença explodiu como a “grande peste branca europeia”, florescida com a urbanização capitalista. A epidemia se prolongou por 300 anos, de meados do século XVIII até o início do século passado. No continente americano foram os navegantes espanhóis e portugueses, no século XV, e os ingleses, franceses e holandeses, nos séculos XVI e XVII,

quem contribuíram para a expansão da doença (FIUZA de MELO et al, 2005)

No Brasil, somente em meados do século XX é que ocorreu o ápice da epidemia tuberculosa. Situação semelhante ocorreu nas outras nações latino-americanas. Este quadro sofreu forte influência da urbanização provocada pelo incentivo industrial de substituição de importações durante as guerras mundiais (FIUZA de MELO et al, 2009).

No mais recente informe mundial sobre a TB, a OMS estima que em 2015 cerca de 10,4 milhões de pessoas contraíram a doença. Estima-se ainda que 1,4 milhões, dos quais 400.000 eram coinfectadas pelo HIV, morreram por esta causa (OMS, 2016).

Em 2016, foram diagnosticados no Brasil 66.796 casos novos de tuberculose, perfazendo um coeficiente de incidência de 32,4/100.000 habitantes. Neste mesmo ano, verificou-se que o Norte, o Sudeste e o Nordeste foram as regiões com os mais altos coeficientes de incidência: 41,8; 35,7 e 30,6/100.000 habitantes, respectivamente. Nove estados apresentaram coeficientes acima do valor encontrado para o país; entre eles, destacam-se Amazonas, Rio de Janeiro, Pernambuco e Acre (BRASIL, 2017a).

As capitais com os maiores coeficientes de incidência foram Manaus, Recife e Rio de Janeiro. Os estados com maiores coeficientes de mortalidade foram Rio de Janeiro, Pernambuco e Amazonas (5; 4,5 e 3,2/100.000 habitantes, respectivamente), e as capitais foram Recife, Rio de Janeiro e Belém (7,7; 6,2 e 5,1/100.000 habitantes, respectivamente) (BRASIL, 2017a).

A situação pode ser ainda pior em populações que vivem em áreas de vulnerabilidade social. A TB numa área de favela brasileira, da mesma forma como ocorre em algumas regiões vulnerabilizadas do mundo, possui forte interação com a produção e a reprodução das desigualdades sociais e econômicas do país. Apresenta-se, desta forma, como uma doença ligada às condições de vida da população, como ressaltam San Pedro e Oliveira (2013). Demonstra-se, também, como um agravo ligado ao fluxo de reprodução da organização espacial das cidades (SABROZA, 2001 apud CUNHA et al, 2015).

Castellanos (2004, p. 198) ressalta que:

As condições de vida são a expressão, no espaço de vida cotidiana, dos processos de reprodução social de indivíduos e populações. A reprodução social é o conjunto de processos que tornam possível a existência de indivíduos e populações, em determinadas condições naturais e determinada hierarquia social, num dado momento. A situação de saúde é uma das expressões particulares destes processos de reprodução social.

Didaticamente, as condições de vida podem ser entendidas como o resultado do agrupamento de quatro diferentes dimensões dos processos de reprodução social dos indivíduos e das populações, que estão estreitamente entrelaçadas e mutuamente interdependentes: 1) a dimensão biológica, 2) a dimensão ecológica, 3) a dimensão das formas de consciência e de conduta e 4) a dimensão econômica (CASTELLANOS, 2004).

A dimensão dos processos predominantemente biológicos é aquela vinculada ao potencial genético e do sistema imunológico de cada indivíduo. A dimensão dos processos predominantemente ecológicos refere-se aos múltiplos sistemas ecológicos dos quais a população faz parte (ambiente de trabalho, residência, espaço geográfico). A dimensão dos processos reprodutivos das formas de consciência e de conduta faz alusão à cultura, aos valores, às formas de organização e de participação dos indivíduos e da população. A dimensão dos processos predominantemente econômicos expressa-se a partir da participação nos processos de produção, distribuição e consumo de bens e serviços (CASTELLANOS, 2004).

A partir disso, toma-se como exemplo, o que Cunha et al (2015) destacam acerca da opinião dos moradores de uma favela do Rio de Janeiro. Eles apontam a precariedade do saneamento, das moradias, além dos problemas de mobilidade, com alta densidade demográfica, como os principais elementos responsáveis pela alta taxa de incidência de TB naquela favela. Completam, ainda, salientando que os elevados índices de TB naquele território ocorrem principalmente nas moradias úmidas, escuras e pouco ventiladas, que foram construídas em vielas em cima de valas por onde escorrem as águas das chuvas e o esgoto.

Mendes et al (2007), num estudo retrospectivo dos aspectos epidemiológicos da TB em Manguinhos, um complexo de favelas localizado na cidade do Rio de Janeiro, registraram que os valores dos coeficientes de incidência de TB no Complexo de Manguinhos, nos anos 2000, 2001 e 2003, foram bem superiores aos coeficientes de incidência encontrados no município do Rio de Janeiro, nos mesmos anos. Em Manguinhos os valores alcançaram 157, 205 e 145 casos novos/100.000 habitantes, nos anos em questão. Já no município, os valores alcançaram 119, 114 e 111 casos novos/ 100.000 habitantes, nos mesmos anos.

O contexto ainda alarmante da TB em algumas nações e o risco da reemergência da doença em países que já obtiveram um bom controle, fez com que a OMS, no âmbito global, em 1993, declarasse a TB como uma emergência para as ações de saúde pública no mundo. Diante disso, passou a recomendar a estratégia “DOTS” (*Directly Observed Treatment, Short-*

course), cujo componente fundamental é o Tratamento Diretamente Observado (TDO) ou Tratamento Supervisionado, como resposta para o controle da doença (OMS, 2009).

A DOTS pode ser entendida como um conjunto de boas práticas para o controle da TB. Os cinco componentes desta estratégia são: 1 - o compromisso político com o fortalecimento de recursos humanos e a garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação (com definição de atividades, metas, prazos e responsabilidades) e mobilização social; 2 - o diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade; 3 - o tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente; 4 - o fornecimento e gestão eficaz de medicamentos; 5 - o sistema de monitoramento e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso (BRASIL, 2011).

Mesmo com a mudança de contexto, o cenário da TB pouco mudou e, em 2006, para os anos 2006-2015, a OMS lançou a estratégia “Stop TB” ou “Alto à tuberculose”, com o lema “um mundo livre da tuberculose”. Ficou recomendada a continuação e a expansão da estratégia DOTS com qualidade, além da implantação de novos componentes (OMS, 2015).

Na Stop-TB, a estratégia DOTS continuou como central. Seus seis componentes são: 1 - buscar a expansão e o aperfeiçoamento da qualidade da estratégia DOTS; 2 - tratar a co-infecção TB/VIH, TB-MDR (Tuberculose Multi-Droga Resistente) e outros desafios, como implementar atividades colaborativas TB/VIH, executando atividades integradas, prevenir e controlar a TB-MDR e tratar as pessoas privadas de liberdade, refugiados, pessoas vivendo em situação de rua e outras populações mais vulneráveis; 3- contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde, através da participação ativa nos esforços para melhorar as políticas de saúde, de recursos humanos, de financiamento, de gestão, de atenção e dos sistemas de informação, do compartilhamento de inovações para fortalecer o sistema de saúde, incluindo a abordagem integral à saúde pulmonar e da adaptação de inovações de outras áreas; 4 - envolver todos os provedores da saúde (abordagens público-pública e público-privada e padronizações internacionais de atenção à TB); 5 - empoderar portadores de TB e comunidades, através da advocacia, comunicação e mobilização social, da participação comunitária na atenção à TB e da carta de direitos do paciente; 6 - capacitar e promover a pesquisa (pesquisas operacionais, levando em consideração as necessidades dos programas de controle e pesquisa para o desenvolvimento de novos meios diagnósticos, medicamentos e vacinas) (BRASIL, 2011).

Estas estratégias estão descritas no Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose (PECT), 2007-2015, elaborado dentro do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) brasileiro.

Ressalta-se que em 2016 a OMS redefiniu a classificação de países prioritários para o controle da TB, no período de 2016 a 2020. A nova classificação ocorre segundo características epidemiológicas: carga de tuberculose, tuberculose multidrogarresistente e coinfeção TB/VIH. Existem três listas de 30 países, com alguns países aparecendo em mais de uma lista, totalizando 48 países prioritários. O Brasil encontra-se em duas dessas listas (carga da doença e coinfeção TB/VIH). Juntos, os países dessas listas representam 87% de casos de TB no mundo (OMS, 2016; BRASIL, 2017b).

No Brasil a tuberculose começou a ser abordada no âmbito da Saúde Pública a partir de 1941, quando foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose. Em 1946 criou-se a Campanha Nacional contra a Tuberculose (extinta em 1990, com os cortes de gastos do governo Collor). Em 1970, o Serviço Nacional de Tuberculose foi transformado em Divisão Nacional de Tuberculose e em 1976, a Divisão Nacional de Tuberculose virou Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Décadas mais tarde, em 1994, o governo criou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, que já apontava para a necessidade de ações políticas junto às autoridades de saúde e população para priorizar o controle da doença nos conselhos municipais de saúde. Em 1998 foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, já falando sobre o envolvimento obrigatório da participação social e de organizações não governamentais (RUFFINO-NETTO et al, 1999).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) foi aprovado em 2004 e o último plano lançado foi o Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, em 2006, baseado no Plano Estratégico Regional de Tuberculose 2005-2015, apontado na quadragésima sexta sessão do Conselho Diretor da OPAS, realizada em setembro de 2005, em resposta aos novos desafios que se impunham para o controle da tuberculose (BRASIL, 2006).

As transformações e as reformas históricas pelas quais o setor saúde no Brasil passou influenciaram diretamente as medidas de controle da tuberculose no país. As intervenções sobre a doença oscilaram entre avanços e retrocessos, porém nunca se conseguiu um controle efetivo da doença. Por conta disso, ela é considerada como uma doença “ficante” (RUFFINO-NETTO, 1999).

Com a estratégia Stop-TB e perante a necessidade de novos esforços sobre a vigilância

e o controle da doença, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) brasileiro passou a fomentar de forma mais incisiva a participação da sociedade civil no problema da TB.

Na estratégia CAMS (Comunicação, Advocacia e Mobilização Social), a mobilização comunitária é considerada fundamental para que o diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível e a adesão ao tratamento seja melhorada. Acredita-se que isso contribuiria para a redução do abandono e para o aumento do percentual de cura (BRASIL, 2011).

Segundo a OPAS (2005), o incentivo ao controle da TB, à comunicação, à mobilização social e à participação de pessoas afetadas pode contribuir para a redução do estigma, da discriminação e para a melhoria do acesso de pacientes com tuberculose ao TDO. Nota-se, desde esse momento, uma forte tendência das organizações e instituições oficiais para apontar a ampliação da estratégia DOTS.

A complexidade envolvida no processo saúde-doença-cuidado e nos processos de vigilância e controle da TB é evidente. A tentativa de introduzir, de uma forma mais forte, a mobilização social em TB no PNCT tem sido uma medida interessante do ponto de vista de diferenciar os esforços para lidar com o problema. Pouco aprofundamento existe, entretanto, sobre as concepções de mobilização social que acompanham a questão da TB e de que forma ela tem repercutido na comunidade.

3.2. MOBILIZAÇÃO SOCIAL E TUBERCULOSE

Segundo Toro e Werneck (1997), mobilização social é a união de pessoas, através de um grupo, uma comunidade ou uma sociedade, para atuar na busca de um propósito comum, requerendo uma dedicação contínua que produz, cotidianamente, resultados decididos e desejados por todos.

O surgimento de iniciativas compostas por organizações comunitárias em torno do tema TB no Brasil é recente. Segundo Santos Filho e Gomes (2007), até 2003, a presença da sociedade civil na luta contra a TB ocorria através de algumas iniciativas de pesquisadores, profissionais de saúde e estudantes de medicina, como por exemplo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, a Rede TB e a Liga Científica contra a Tuberculose. Historicamente, entretanto, essas entidades careciam do componente “comunitário” das pessoas afetadas e vivendo com a doença.

A mobilização social em TB no Brasil, nos últimos anos, não se iniciou de forma espontânea, como ocorreu, por exemplo, na reação ao surgimento da epidemia de VIH e SIDA nos anos 1980. Alguns estados e municípios passaram a elaborar suas próprias estratégias de fomento à mobilização da sociedade civil. As principais iniciativas na mobilização da sociedade civil no país surgiram em 2003, com a formação do Fórum de ONG Lutando Contra a Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro e com a incorporação do tema TB pelo Fórum de ONG-Aids do Estado de São Paulo (SANTOS FILHO e GOMES, 2007).

Por iniciativa do Ministério da Saúde, em 2004 foi criada a Parceria Brasileira Contra a Tuberculose, com objetivo de reforçar e apoiar a concretização dos principais objetivos estabelecidos pelo PNCT, colocando a tuberculose na pauta de discussão de todas as organizações sociais envolvidas (BRASIL, 2011).

Em 2007, teve início no país o Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil, com o tema “Fortalecimento da estratégia DOTS em grandes centros urbanos com alta carga de tuberculose no Brasil”. A partir desse ano, observou-se crescente sensibilização de organizações da sociedade civil no combate à tuberculose. Os quatro objetivos básicos do projeto são: 1 - o fortalecimento da estratégia DOTS, através de estratégias para a realização do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno em populações vulneráveis; 2 - mobilização de instituições da sociedade civil, através de ações de informação, educação e comunicação; 3 - criação de um programa de fortalecimento de laboratórios para diagnósticos da doença; 4 - ações para a redução da co-infecção TB/VIH através das experiências do programa HIV/AIDS (THE GLOBAL FUND, 2007; FIOCRUZ, 2007).

Posteriormente, em 2008 e 2009, como reflexo do PNCT, conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde e lideranças comunitárias de diferentes movimentos sociais, que se engajaram na luta contra a TB, envolveram-se na participação em alguns seminários regionais sobre tuberculose. Este engajamento culminou com a realização no final de 2009 de um Seminário Nacional de Controle Social da Tuberculose (BRASIL, 2011).

Não tem sido possível avaliar o impacto da participação social no controle da TB por meio de indicadores estabelecidos. Poucas mudanças ocorreram no quadro epidemiológico da doença. As ações das entidades de caráter comunitário para o enfrentamento da TB têm objetivado fundamentalmente a sensibilização, através da articulação entre os diversos atores sociais e governamentais e no aumento da visibilidade do problema (SANTOS FILHO e GOMES, 2007).

O objetivo principal do PECT é reduzir a morbidade, a mortalidade e a transmissão da TB, implementando a estratégia DOTS. Outro importante objetivo é “reduzir o estigma e melhorar o acesso de pacientes com TB aos serviços com cobertura DOTS, com o apoio de estratégias de divulgação (Advocacy), Comunicação e Mobilização social, contando com a participação de pessoas afetadas pela doença (BRASIL, 2006).

Para subsidiar a formulação das estratégias de ação de fortalecimento da participação comunitária em tuberculose no âmbito dos estados e municípios o PNCT lançou mão da estratégia CAMS (Comunicação, Advocacia e Mobilização Social). O PNCT considera que o desenvolvimento de ações baseadas na estratégia CAMS é fundamental e deve estar presente nos planos estratégicos dos programas estaduais e municipais de controle da tuberculose no Brasil (BRASIL, 2011).

Um dos componentes do PNCT discorre sobre pessoas e comunidades afetadas “apoderarem-se”, “apropriarem-se de conhecimento” e participarem ativamente no cuidado e no tratamento para atingir os objetivos do controle da tuberculose. Ressalta, ainda, que o programa de controle da TB se compromete a “oferecer oportunidades” para que estas pessoas e suas comunidades identifiquem necessidades e prioridades, tracem e implementem planos de ação com a finalidade de melhorar a detecção precoce e o tratamento da TB (BRASIL, 2006).

Mesmo com estas mudanças e os aparentes equívocos que elas sustentam e mesmo com os esforços dos diferentes níveis de governo em incorporar a prática de relação com organizações comunitárias, é notório que ainda existe certa resistência por parte das instituições governamentais em lidar com esse ator amplamente crítico. A mobilização social em TB, e a mobilização social em si, fica enfraquecida. Além disso, para o setor comunitário, a sensação de desigualdade de forças e de capacidades é, sem dúvida, um desestímulo ao envolvimento maior no processo participativo (SANTOS FILHO e GOMES, 2007).

3.3. VIGILÂNCIA E CONTROLE DA TUBERCULOSE E O DIÁLOGO COM A MOBILIZAÇÃO SOCIAL

3.3.1. VIGILÂNCIA EM SAÚDE: caminhos históricos e limites

A vigilância possui dois significados mundialmente consagrados em saúde pública: um significado clássico, consolidado nos séculos XVII e XVIII, vinculado aos conceitos de isolamento e quarentena; e outro, introduzido a partir da década de 1950, ligado ao acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, com o objetivo de aprimorar as medidas de controle (WALDMAN, 1998).

Do final da Idade Média até o século XIX, as práticas do isolamento e da quarentena separavam indivíduos doentes, ou que tinham potencial para adoecer, de seus contatos habituais. Essas práticas possuíam um caráter compulsório, típico da polícia médica, visando defender as pessoas sadias (WALDMAN, 1998).

No final do século XIX ocorreram importantes avanços da bacteriologia e da parasitologia e o melhor conhecimento dos mecanismos de transmissão das doenças infecciosas. Estes conhecimentos possibilitaram a manutenção do alerta responsável e a observação de contatos para que fossem tomadas as medidas indicadas no momento oportuno. Saía-se do objetivo da “erradicação” e assumía-se o compromisso do “controle” de determinadas doenças (TEIXEIRA, PAIM e VILLASBÔAS, 1998).

Na década de 1950, a vigilância assumiu um papel de realizar a coleta sistemática de dados relevantes relativos a específicos eventos adversos à saúde e sua contínua avaliação e disseminação a todos que necessitavam ter conhecimento. Reforça-se o propósito de aprimorar as medidas de controle (WALDMAN, 1998).

Em meados dos anos 1960, a vigilância adquiriu o qualificativo de “epidemiológica” e passou a ser difundida pelo mundo como “vigilância epidemiológica”. É quando a epidemiologia, enquanto disciplina, alia-se ao avançado desenvolvimento da computação de dados e adquire autonomia para compor o eixo da produção de conhecimentos em saúde numa perspectiva coletiva (TEIXEIRA, PAIM e VILLASBÔAS, 1998).

A vigilância epidemiológica assumiu não só as doenças infectocontagiosas, mas principalmente as doenças crônico-degenerativas, que passaram a ganhar destaque na sociedade industrial e urbana do século XX. Incluíram-se, também, os agravos ligados às violências e ao uso das modernas tecnologias médicas. A vigilância inscreve-se, então, no

paradigma da epidemiologia dos fatores de risco (SEVALHO, 2016).

Sabroza (s/d.) destaca que a ênfase dada na esfera acadêmica ao método epidemiológico, da bioestatística e das técnicas de programação normativa simbolizaram rompimentos. Antes, as práticas da assistência e da vigilância eram orientadas a partir dos marcos de referência da higiene, da microbiologia e das campanhas sanitárias.

Conseguiram-se avanços importantes com a incorporação da vigilância e o uso mais amplo da epidemiologia no Brasil: implantação de sistemas de informação, elaboração de indicadores, aprimoramento da qualidade da informação de morbidade e determinados agravos, entre outros. Entretanto, associado direta ou indiretamente à vigilância, observou-se uma significativa fragilização das demais aplicações da epidemiologia nos serviços de saúde (WALDMAN, 1998).

Com o passar do tempo, a atuação da vigilância passou a receber fortes críticas por preocupar-se exclusivamente com doenças e agravos e não com as condições de saúde e bem estar da população. Além disso, em meados dos anos 1980, a necessidade do uso mais amplo da epidemiologia nos serviços de saúde foi percebida pelos sanitaristas. Isso aumentou as críticas tanto à vigilância quanto à forma como vinha sendo aplicada a epidemiologia junto com a vigilância (WALDMAN, 1998)

No final dos anos 1980, Thacker e Berkelman propuseram a expressão “vigilância em saúde pública”. Esta mudança foi difundida pelo mundo, mas não representou alteração significativa conceitual ou operacional da vigilância (SEVALHO, 2016).

Apesar dos importantes avanços, a vigilância epidemiológica, atualmente vigilância em saúde pública, vem demonstrando os seus limites. Não tem sido estrategicamente eficiente com relação a algumas doenças específicas. Uma dessas doenças é a tuberculose, cujo controle poderia receber influencia positiva da vigilância se esta se apresentasse com características diferentes.

3.3.2. VIGILÂNCIA E CONTROLE DA TUBERCULOSE

Os subsídios para as ações de controle da tuberculose no Brasil emergem a partir da vigilância epidemiológica para a TB, cujo objetivo é conhecer a magnitude da doença (dados de morbidade e mortalidade), sua distribuição e fatores de risco e tendência no tempo. As principais ações de vigilância para a TB são: 1 - definição, investigação do caso e notificação; 2 - visita domiciliar a caso novo e convocação de faltosos; 3 - exame de contatos; 4 -

vigilância em hospitais; 5 - vigilância em outras instituições; 6 - vigilância de infecção tuberculosa; 7 - acompanhamento e encerramento dos casos (BRASIL, 2011).

Seguindo a prerrogativa da cientificidade da vigilância tradicional em saúde, subordinando-se ao modelo clínico biomédico, e aproximando-se das características da vinculação política à ideia de segurança social e do critério imperativo de urgência, como descreve Sevalho (2016), a Vigilância para a TB, na prática bloqueia ou dificulta a participação da população. Bloqueia ou dificulta na medida em que o conhecimento da população e a sua experiência de vida não são levados em consideração.

Apesar da existência de ações de vigilância bem estruturadas e definidas há algum tempo, o cenário da tuberculose pouco tem mudado. Estas ações não se aproximam da lógica da territorialização nem da perspectiva do monitoramento da determinação social do processo saúde-doença-cuidado. A vigilância da TB não tem levado em consideração as condições e as experiências de vida da população nem focado na autonomia e na participação da comunidade. Fica claro que mesmo com os importantes avanços, a vigilância epidemiológica parece não ter sido estrategicamente eficiente para o controle da TB. Talvez algumas mudanças sejam necessárias.

3.3.3. VIGILÂNCIA CIVIL COMO UM EXEMPLO DE NOVAS ALTERNATIVAS À MOBILIZAÇÃO SOCIAL NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

A vigilância civil foi idealizada, nos anos 1990, pelo pesquisador Victor Vicent Valla. Ela engloba processos como a “construção compartilhada do conhecimento” e a “ouvidoria coletiva”. Possui um embasamento teórico e prático ligado aos campos da vigilância e da educação em saúde. Apoiar-se na cultura local e na educação popular de Paulo Freire. Sustenta um forte potencial de complementar a tradicional vigilância epidemiológica. Pode representar o ramo da vigilância que incorpora a participação popular. Uma vigilância que traz como objetivo maior a transformação social (SEVALHO, 2016).

Do ponto de vista da análise de contexto e proposições, a vigilância civil (VALLA, 1993) carrega forte correspondência com a epidemiologia comunitária, trabalhada no Equador na década de 1990 (TOGNONI, 1997) e com o monitoramento participativo, na perspectiva da epidemiologia crítica latinoamericana (BREILH, 2003).

O monitoramento participativo, proposto por Breilh (2003), aponta para a necessidade de transformação da tradicional vigilância em saúde, instrumento funcional do poder dominante, em uma ferramenta do poder coletivo. Propõe a superação do sistema

convencional de informação em saúde, focado nos fatores de risco. E sustenta a incorporação dos processos de determinação social da saúde.

Caminhando junto com a epidemiologia crítica, o monitoramento participativo prevê a construção intercultural e o planejamento estratégico dos processos críticos do monitoramento. A intenção é monitorar processos críticos de uma coletividade, que se manifestam e se expressam em modos de vida grupais e nas condições de saúde individuais (BREILH, 2003).

Como citado anteriormente, a mobilização social em TB no Brasil, mesmo tendo ganhado forças nos últimos anos, ainda requer muitos avanços. Avanços importantes parecem necessários também para as ações de vigilância em TB. Parece ser necessário um modelo de vigilância diferenciado que, somada à vigilância epidemiológica (tão importante historicamente, mas demonstrando-se limitada para o controle da TB), incorpore novos elementos e novas perspectivas.

Dentro do contexto de descentralização e, também, de territorialização da vigilância em saúde no país, Sevalho (2016) atenta para a necessidade de integração entre a vigilância em saúde e a Atenção Básica, através da Estratégia Saúde da Família. Já que a atenção básica, prioritária para o Sistema Único de Saúde, e a vigilância assumiram a importância do território para suas intervenções, estas devem caminhar juntas.

Acerca da importância do território e do lugar, Monken e Barcellos (2005, p. 901) destacam que:

A característica mais importante do lugar é, antes de tudo, de natureza interna, cuja extensão confunde-se com a sua própria existência, tendo uma configuração física, ou melhor, territorial. Essa característica funda a escala do cotidiano e seus parâmetros são a co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contiguidade, reunindo na mesma lógica interna todos os seus elementos: pessoas, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas.

“Território utilizado” é a categoria de análise essencial para a territorialização em vigilância em saúde. O território utilizado envolve todos os atores e todos os aspectos. É o espaço de todas as existências. É sinônimo de espaço geográfico e pode ser definido como um conjunto indissociável, solidário e contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações (SILVEIRA, 2011; SANTOS, 2006).

Através desta categoria, o planejamento da vigilância pode ampliar seu campo de atuação formal sobre o espaço. O espaço modifica-se conforme a dinâmica das relações

sociais. Desta forma, a escala geográfica necessária para a territorialização surge, principalmente, dos espaços da vida cotidiana: domicílio, área de abrangência, territórios comunitários (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

A mobilização social em TB parece necessitar de avanços no sentido de não se limitar apenas como um instrumento de sensibilização da sociedade para a questão da doença. Esta mobilização social poderia, mesmo diante das suas contradições, pautar-se, minimamente, como apontam Stotz e Valla (1993), numa participação popular configurada como uma participação política das entidades representativas das sociedades civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social.

Diante da necessidade de mudanças e inovações, pode parecer útil e necessário, por exemplo, conhecer um modelo de vigilância, como a vigilância civil, que valorize a perspectiva local, sob a lógica da territorialização, que monitore os processos de determinação social da saúde, que leve em consideração as condições de vida, as experiências de vida da população e tenha como foco a autonomia e a participação da comunidade (VALLA, 1993; OLIVEIRA e VALLA, 2001; SEVALHO, 2016).

Experiências como estas, entretanto, têm sido raras ou mesmo inexistentes. Apesar disso, pode valer a pena refletir acerca de inovações para as ações de vigilância e controle da TB no Brasil que se fundamentem na participação da comunidade, na mobilização social.

3.4. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, EDUCAÇÃO POPULAR E SUAS INTERFACES COM A MOBILIZAÇÃO SOCIAL E A TUBERCULOSE

Diante de alguns direcionamentos internacionais, o governo brasileiro resolveu, através da implantação do Sistema Único de Saúde, colocar como prioridade para a saúde pública brasileira a atenção básica, nome adotado pelo Brasil para designar a Atenção Primária à Saúde. Para isso, adotou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), com o desafio de organizar a atenção básica no país, tendo em vista a garantia dos princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade, territorialização, longitudinalidade, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e equidade (BRASIL, 2012).

O PSF originou-se a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, pelo Ministério da Saúde, como estratégia de enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na região Nordeste do país. O PACS possui alguns elementos que foram essenciais para a construção do PSF, valendo destacar o enfoque

na família como unidade de ação programática e o agir preventivo sobre a demanda em saúde. Considera-se que a partir da implantação do PACS, o Estado brasileiro passou a buscar uma integração verdadeira com a saúde na comunidade (BRASIL, 2003).

Posteriormente, o PSF passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia dentro de sua área de atuação:

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de Saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde. Tem como objetivo substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade (BRASIL, 2005, p. 17).

A Estratégia Saúde da Família é executada através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, as quais fazem o acompanhamento de um determinado número de famílias, presentes numa determinada área geográfica. Estas equipes agem por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2012).

Dentro do SUS, além de ser entendida como uma forma de organização do serviço de saúde, a atenção primária tem como diretrizes a busca por um sistema de saúde que enfatize a equidade social, a co-responsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito amplo de saúde. Em análise mais atual, a atenção primária pode ser vista como a porta de entrada do sistema de saúde e o local onde se organiza, ao longo do tempo, independente da presença de doença, o cuidado à saúde do indivíduo e da população (STARFIELD, 2002).

Para atender as necessidades de saúde da população, a atenção primária prevê a realização de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integra os cuidados quando há mais de um problema; age diante das necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidades; lida com a enfermidade e seu contexto; influencia o comportamento das pessoas diante dos seus problemas de saúde e busca a valorização da cultura enraizada (TAKEDA, 2004).

Vasconcelos (2006) ressalta que, nesse contexto de reorganização da rede de serviços

de saúde através da priorização da atenção primária, as Unidades Básicas de Saúde representam uma espécie de avanço justamente porque possibilitam uma aproximação com o cotidiano da vida popular, o que não era possível apenas com os hospitais e ambulatórios centrais. A experiência internacional, como é o caso cubano, demonstrou que sua surpreendente eficiência se dá à medida que o serviço consegue inserir-se profundamente na dinâmica social local.

Com relação ao controle da Tuberculose, a atenção básica incorporou, nos últimos anos, um papel importante. Em 1998, o governo brasileiro, adotando a estratégia DOTS, estabeleceu novas diretrizes de trabalho, que visaram à incorporação das ações de controle da TB no âmbito da atenção básica, através da Estratégia Saúde da Família. Esta esfera do sistema de saúde passou a ter atribuições para realizar diagnóstico, tratamento e prevenção da doença, além de ações de vigilância (FIGUEIREDO, 2009).

Dentro do SUS e da atenção básica, a participação e a mobilização social tem recebido o nome de controle social. Isso traduz o resultado da luta histórica dos segmentos sociais na construção do sistema de saúde através da participação da sociedade. Surgiu da necessidade do fortalecimento do processo democrático, tendo em vista um espaço de representação da sociedade a partir de movimentos sociais, entidades de classe, sindicatos, governo, entidades jurídicas, prestadores de serviços, entre outros. A participação é institucionalizada e o controle social é exercido a partir das suas instâncias colegiadas e deliberativas, dentre elas Conselhos e Conferências de Saúde (nacional, estadual e municipal) (AMORIM et al, 2012).

O controle social foi institucionalizado na Lei 8.142/90. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, a participação social em saúde foi definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (CORREIA, 2008; MACHADO, 1987).

O princípio do controle social é apontado como uma grande conquista do SUS. Sevalho (2016), embasado em Stotz (1994), destaca, entretanto, que a concepção de controle social institucionalizada no controle social do SUS, nas conferências e conselhos de saúde, foi a de uma participação social dentro de uma ordem política compensatória e não transformadora entre Estado e sociedade. Isso culminou numa aproximação com o Estado e num afastamento em relação aos movimentos populares.

Conselhos de Saúde institucionalizados, ao contrário do que pretendiam os autores da

proposta na Constituinte de 1988, têm servido para "encurrular" os movimentos populares, cerceando seu poder de reivindicar e de promover mudanças. Entretanto, vale lembrar que os grandes movimentos populares dos anos 1980 são uma evidência de que a participação popular em saúde já foi e ainda pode ser viável (VALLA, 1998).

A realidade de muitos municípios aponta que o exercício do Controle Social é caracterizado apenas como uma instância burocrática; é tratado como uma prática institucionalizada e legalizada, tendo como obrigatórias as formas de representação. Acabam por configurar verdadeiros cenários para a prática do poder e da exclusão social. Em alguns estados e municípios ocorre clara cooptação dos conselhos por parte da gestão para que a interferência na administração seja mínima (AMORIM et al., 2012).

Fato interessante a ser lembrado acerca da história da mobilização social na área da saúde é que partir da segunda metade do século passado, a educação popular começou a ser introduzida na temática da saúde no país. Abordar a educação popular em saúde requer uma aproximação com o campo da educação em saúde. E sobre isso, Vasconcelos (2004, p. 68) destaca que:

A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil. Mas, até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados.

Valla, em entrevista concedida à Oliveira (2003, p.1177), caracteriza a educação e saúde como:

Um movimento, essencialmente, de cima para baixo, oriundo das classes dominantes (governantes, médicos, profissionais de saúde) para as classes populares. Neste movimento estaria implícita a ideia de que as classes populares não teriam um conhecimento próprio e precisavam de uma orientação a partir das classes hegemônicas.

A educação popular sistematizada por Paulo Freire fez um movimento contrário ao pensamento da educação tradicional, inclusive ao da educação em saúde citado anteriormente. Nascida como um método de educação de adultos, e parte de um programa mais abrangente de mobilização popular, ela surgiu com a intencionalidade da construção de uma nova consciência social, integrando solidariamente educadores e educandos. Esta integração dá-se num processo educativo e político, de tal modo que o homem do povo possa tornar-se sujeito da transformação da sociedade e de sua própria vida, que, em parte, é determinada por aquela

sociedade (STOTZ, 2009).

Na década de 1970, muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, engajaram-se no processo de aplicação do método da educação popular junto a alguns movimentos sociais emergentes. A partir daí, começaram a surgir algumas experiências de serviços comunitários de saúde sem vínculos com o Estado. Grupos populares e profissionais de saúde começaram a andar juntos. Nesse tempo ocorreram reais tentativas de organizações de ações de saúde integradas à dinâmica social local (VASCONCELOS, 2004).

Durante o processo de abertura política, em que ocorreu a efervescência das lutas populares que questionaram inclusive a existência do regime militar, experiências marcantes demonstraram o poder da relação entre a educação popular e os movimentos populares da saúde. As principais delas foram a de Porto Nacional, a de Goiás Velho, a de Nova Iguaçu e da Zona Leste de São Paulo. Todas elas evidenciaram, deste então, a forte ligação entre a medicina comunitária e a educação popular em saúde (STOTZ, 2005).

Apesar da educação popular, enquanto movimento, ter aparecido nos últimos anos de forma institucionalizada, servindo inclusive, contraditoriamente, como meio de cooptação de movimentos sociais, pode-se dizer que desde os primeiros rastros, ela tem se colocado como uma potencial parceira da saúde na comunidade. A educação popular, diante disso, pode sustentar o potencial de se apresentar uma importante aliada da mobilização social em saúde, até mesmo da mobilização social em tuberculose. Carrega, inclusive, uma perspectiva potencialmente útil à vigilância e ao controle da tuberculose na comunidade.

Guarde-se, no entanto, a ressalva de que, como anota Sevalho (2016), a vigilância em saúde ainda se expressa no país predominantemente nos moldes tradicionais de forma autoritária, prescritiva e subordinada ao modelo biomédico.

4. MÉTODO

Por não se alinhar ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências e por se preocupar com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, optou-se por realizar uma pesquisa de natureza qualitativa (GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

A pesquisa qualitativa preocupa-se com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Nela, o pesquisador procura explicar o porquê das coisas. Ele não quantifica os valores e as trocas simbólicas nem se submete à prova dos fatos. Ele é ao mesmo tempo sujeito e objeto da sua pesquisa, que se faz imprevisível. A pesquisa deve ser capaz de produzir novas informações (GERHARDT e SILVEIRA, 2009; MINAYO, 2013).

Sustentando os traços do empirismo, da subjetividade e do envolvimento emocional do pesquisador, a pesquisa qualitativa permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, além da revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. É utilizada para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2014).

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, optou-se pelas leituras do Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose brasileiro, 2007-2015, (PECT) (BRASIL, 2006) e do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (BRASIL, 2004). Realizou-se, ainda, uma revisão bibliográfica numa base de dados virtual. Em seguida, os resultados foram tratados pela análise de conteúdo.

O PNCT e o PECT foram selecionados para leitura e análise porque são os primeiros e principais documentos oficiais brasileiros que fazem referência à mobilização social em tuberculose. Devido à força que teve o Fundo Global de luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária influenciando a mobilização social em TB no Brasil, através dos seus objetivos, optou-se, ainda, pela leitura e análise do documento de descrição da implantação do programa de subvenção de acordo do Fundo Global.

Ressalta-se que o período histórico em que os documentos e os textos foram produzidos, e a mobilização social ganhou algum espaço oficial na questão da tuberculose,

coincidentalmente foi um momento histórico em que o Brasil viveu governos de cunho mais populares, mesmo sendo observado, no nível global, o acirramento dos ideais neoliberais.

4.1. PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Para conhecer criticamente as concepções de mobilização social para a vigilância e para o controle da TB presentes no Programa Nacional de Controle da Tuberculose e no Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose brasileiro (2007-2015), foram realizados os downloads desses documentos a partir do site oficial do Ministério da Saúde. Em seguida realizou-se a leitura inicial deles na tentativa de identificar os temas de interesse. Os temas buscados na leitura dos documentos estão apresentados no roteiro para a pesquisa documental (APÊNDICE A).

A base de dados escolhida para a realização da revisão bibliográfica foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que possibilitou o alcance de diversas bases de dados simultaneamente, como LILACS, MEDLINE, IBECs, Biblioteca Cochrane e Scielo. A transferência de trabalhos científicos para meios virtuais é recente, o que traz risco de perda de estudos mais antigos, sendo que esta é uma das limitações que a escolha dessa base de dados virtuais acarreta. Os conteúdos dessas bases de dados são de acesso público e irrestrito.

Nessa busca foram selecionados e utilizados descritores baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e descritores que o autor considerou importante para a pesquisa. Usaram-se, portanto, os descritores “mobilização social”, “mobilização comunitária”, “participação social”, “participação popular”, “participação comunitária” como sinônimos. Para ampliar os resultados da busca e para aproximar dos temas afins, utilizou-se também os descritores “educação em saúde”, “educação popular”, “controle social” e “educação sanitária” para realizar busca na base de dados.

“Mobilização social”, “participação popular”, “controle social” e “educação popular” não constam no DeCS. “Mobilização comunitária” está contida e apresenta como sinônimos: “Participação da Comunidade”, “Ação Comunitária”, “Compromisso do Consumidor”, “Mobilização”, “Mobilização Comunitária” e “Reforço à Ação Comunitária”. “Participação social” não apresenta sinônimos no DeCS. “Participação comunitária” apresenta sinônimos iguais aos de “mobilização comunitária”. “Educação em saúde” apresenta os sinônimos: “Educação Sanitária”, “Educação para a Saúde Comunitária”, “Educação para a Saúde”, “Educar para a Saúde”, “SES Educadoras”, “Secretarias Estaduais de Saúde Educadoras”,

“Curso de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar”. “Educação sanitária” apresenta-se como sinônimo de “educação em saúde”.

As buscas foram feitas através do cruzamento dos descritores: “tuberculose e mobilização social”, “tuberculose e mobilização comunitária”, “tuberculose e participação social”, “tuberculose e participação comunitária”, “tuberculose e participação popular”, “tuberculose e controle social”, “tuberculose e educação em saúde” e “tuberculose e educação popular” e “tuberculose e educação sanitária”. Refinou-se para que esses descritores fossem o assunto principal e o Brasil fosse o país do assunto, entre os anos 2007 e 2016.

Na busca realizada no dia 07 de novembro de 2016, através do cruzamento do descritor “tuberculose” com os descritores:

- “mobilização social”, encontraram-se quatro (4) artigos;
- “mobilização comunitária”, sete (7) artigos;
- “participação social”, seis (6) produções;
- “participação comunitária”, oito (8) artigos;
- “participação popular”, nenhum artigo;
- “controle social”, dois (2) artigos;
- “educação em saúde”, 39 artigos (dos quais, excluindo os repetidos e os que não faziam alusão ao tema requerido, apenas dois (2) foram selecionados);
- “educação popular”, nenhum artigo;
- “educação sanitária”, seis (6) artigos.

Escolheram-se apenas os estudos com texto completo disponível no sitio de busca. Após uma leitura inicial, excluindo os artigos repetidos e os que não faziam alusão ao tema pesquisado ou que não se apresentavam na forma de artigo científico, de um total de 62 publicações foram selecionadas seis (6) para análise.

Os documentos e artigos selecionados foram examinados por meio da análise de conteúdo. Bardin (2007), a principal referência desta técnica, descreve a análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento que podem ser aplicados para temas e conteúdos diversos. Como uma hermenêutica controlada, baseada na dedução ou inferência, a análise de conteúdo, enquanto esforço de interpretação, oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade.

Análise de conteúdo é a expressão mais comumente utilizada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. É uma expressão recente, surgida nos Estados Unidos, na época da Primeira Guerra Mundial. Primeiramente dentro do campo jornalístico, somente nos anos 1950 e 1960 a análise de conteúdo ganhou um debate mais aberto e diversificado. Ao jornalismo, juntaram-se a Antropologia, a Sociologia, a Psicologia e a Psicanálise (MINAYO, 2014).

Minayo (2014, p. 308) aponta que, seja baseado na lógica quantitativa ou na lógica qualitativa, todo o esforço teórico da *análise de conteúdo* “visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observação”.

Para os documentos: foram lidos cada um dos três (3) documentos, tendo como base o roteiro para a pesquisa documental (APÊNDICE A) que foi utilizado tanto para a análise da produção científica quanto para a análise do Programa, do Plano e do documento do Fundo Global. Construiu-se, para cada documento, um quadro (QUADRO 1 – APÊNDICE B) contendo: título, autores, ano de publicação, tipo de documento (programa, plano), descritores encontrados no documento, unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), categorias (divididas em iniciais, intermediárias e finais) e observações. Em seguida, uniram-se as categorias finais de cada documento, identificando as homogêneas e pertinentes ao mesmo tema, fazendo-se exclusão das que se repetiram até chegar nas 3 finais dentre todas as categorias finais extraídas dos documentos.

Em relação aos artigos, cada um dos seis (6) selecionados foi lido tendo-se como base o roteiro para a pesquisa documental (APÊNDICE A) que foi utilizado tanto para a análise da produção científica quanto para a análise do Programa, do Plano e do documento do Fundo Global. Construiu-se, para cada artigo, um quadro (QUADRO 3 – APÊNDICE B) contendo: título, nomes dos autores, ano de publicação, revista publicada, descritores encontrados no artigo durante a busca na BVS, tema, unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), categorias (divididas em iniciais, intermediárias e finais) e observações. Em seguida, uniram-se as categorias finais de cada artigo, identificando as homogêneas e pertinentes ao mesmo tema, fazendo-se exclusão das que se repetiram até chegar nas 5 finais dentre as categorias extraídas de todos os artigos.

Considerando-se a orientação de Minayo (2014) e Bardin (2007), seguiram-se as etapas descritas:

1. Pré-análise: o pesquisador escolheu os documentos e os artigos científicos a serem analisados e retomou às hipóteses e aos objetivos iniciais da pesquisa. Buscando atender as normas de validade qualitativa, o pesquisador buscou a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. Nesta fase foram elaborados, separadamente para artigos e documentos, quadros contendo informações úteis para o processo de análise (QUADROS 1 E 3 – APÊNDICE B).

2. Exploração do material: os textos foram recortados em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos). Em seguida, buscou-se encontrar categorias iniciais, intermediárias e finais para cada texto.

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: as categorias finais de cada grupo de textos (documentos e produção científica) foram reunidas, separadamente por grupo, e as categorias de cada grupo foi discutida tendo como base o referencial teórico do trabalho e outros referenciais que se fizeram necessários, permitindo colocar em relevo as informações obtidas e os objetivos da pesquisa.

4.2. ASPECTOS ÉTICOS

Esta dissertação de mestrado foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) após a qualificação. O trabalho não desenvolveu pesquisa diretamente com seres humanos ou animais. O projeto foi apreciado e aprovado pelo CEP da ENSP Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) sob o número de protocolo 1.711.218, CAAE 577971116.6.0000.5240, de 03 de setembro de 2016.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção são apresentadas caracterização e comentários acerca dos documentos oficiais e artigos selecionados, seguindo-se a análise individual e conjunta do material estudado. Procede-se à análise de conteúdo do material tendo-se como base o roteiro (APÊNDICE A) para a pesquisa documental utilizado tanto para a análise da produção científica quanto para a análise do Programa, do Plano e do Documento do Fundo Global.

Para fins de pesquisa e de análise, consideraram-se como sinônimos o conjunto de descritores: mobilização social, mobilização comunitária, participação social, participação popular, participação comunitária e controle social. Consideraram-se, também, como sinônimos os descritores: educação em saúde, educação sanitária e educação popular. Percebeu-se durante a leitura e a análise dos textos que mobilização social e educação em saúde aparecem numa perspectiva muito semelhante dentro do contexto da vigilância e do controle da TB.

5.1- SOBRE OS DOCUMENTOS OFICIAIS DE ORIENTAÇÃO DO CONTROLE DA TUBERCULOSE

Realizou-se a leitura e análise de três documentos: o texto mais recente, encontrado no site oficial do Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose (PECT), Brasil 2007-2015, e o documento de descrição da implementação do Programa Fundo Global de Luta Contra a Aids, Malária e Tuberculose no Brasil devido a importância do Fundo Global para a mobilização social em TB no contexto brasileiro.

O Fundo Global de Luta Contra a AIDS, Tuberculose e Malária, criado em 2002, é uma instituição financeira internacional destinada a angariar e desembolsar recursos objetivando a prevenção e o tratamento destas enfermidades. É o maior financiador internacional de projetos nesta área. Foi criado por um grupo de especialistas em saúde pública e aprovado pelo G8 (Grupo dos 8 países mais desenvolvidos do mundo). Promove parcerias entre governo, sociedade civil, iniciativa privada e populações afetadas em alguns países (FUNDAÇÃO ATAUPLHO PAIVA, s/d; THE GLOBAL FUND TO FIGTH AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA, s/d).

Importante para a compreensão da mobilização social em TB no Brasil, o documento de descrição da implementação do programa de subvenção de acordo do Fundo Global de luta

contra a Aids, Malária e Tuberculose no país, chama atenção pelas características de alguns dos seus objetivos. O programa, dentre outros objetivos, se propõe ao “fortalecimento da mobilização social visando a comunicação para a mudança de comportamento da população e da comunicação de troca de informações” (THE GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA, 2007).

Desde já, percebem-se algumas características do Fundo Global que merecem uma análise a partir de um olhar crítico.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), em sua mais recente versão, é descrito como (BRASIL, 2004, p. 3):

Um programa integrado na rede de Serviços de Saúde. É desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até ações preventivas e de controle do agravo. Isto permite o acesso universal da população às suas ações.

O PNCT coloca a mobilização social e a educação em saúde como partes dos componentes das suas ações. O foco das ações está em: 1 - apoiar projetos que “enfocuem a ampla difusão de informações epidemiológicas de TB, medidas preventivas e assistenciais, estratégias de promoção da saúde” e que “se referem à adesão ao tratamento pelos pacientes, vigilâncias dos contatos e redução do estigma”; 2 – promover e apoiar “a produção coletiva de matérias educativas [...], respeitando as características regionais, de acordo com análise epidemiológicas e com base em pesquisa do perfil cultural e tecnológico-comunicacional”; 3 – massificar informações sobre TB “através de campanhas publicitárias, novelas, pronunciamentos oficiais”, elaborar e validar “materiais educativos técnicos a serem utilizados nas capacitações e treinamentos em TB”, “potencializar ações do dia mundial de luta contra a TB”, “mobilizar a sociedade civil organizada através de ONGs” e “apoiar a inclusão da temática hanseníase” nas esferas de ensino (BRASIL, 2004, p. 9-10).

Ao focar nesses aspectos, o PNCT expõe suas contradições e deixa sinais de que não pretende, com a participação da população e com a educação em saúde em TB, discutir aspectos mais complexos ligados à produção social da doença nem fomentar lutas por transformação social, que, certamente, influenciariam positivamente no controle da TB.

O Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose (PECT) é um Plano, criado em 2006, baseado no Plano Estratégico Regional de Tuberculose 2005-2015, que surgiu a partir

da quadragésima sexta sessão do Conselho Diretor da OPAS. Tem como referência a experiência de expansão da Estratégia DOTS e se sedimenta no compromisso renovado por parte dos países na busca do controle da tuberculose, projetando implementar a estratégia da OMS: “Stop TB” ou “Alto à Tuberculose”.

O PECT apresenta a mobilização social e a educação em saúde como uma importante contribuição ao controle da TB. Pode-se identificar como dois dos seus principais aspectos: 1) a mobilização social apresentada como importante meio para reduzir o estigma e a discriminação, apoiar atividades de organizações de pacientes e identificar formas de colaboração entre equipes de saúde, comunidade e afetados pela TB; e 2) a mobilização social e educação em saúde apresentadas como instrumentos úteis para melhorar a estratégia DOTS, para aumentar a detecção precoce e a realização completa do tratamento, para estimular o senso de responsabilidade na comunidade e nos afetados, para estimular o diagnóstico participativo, as redes sociais para detecção precoce, para modificar o comportamento da comunidade, para aprofundar o conhecimento “básico” da comunidade. Ressalta-se também o papel da comunicação, aliada à mobilização social e à educação em saúde, como importante para o controle da TB.

Esses aspectos podem ser notados em trechos da caracterização do 6º objetivo específico do Plano, da descrição de possíveis ações voltadas ao componente 5 (Implementar a estratégia CAMS e facilitar a participação dos afetados pela TB e da comunidade) e da explicação da implementação da estratégia CAMS: “melhorar o acesso de pacientes com TB aos serviços com cobertura DOTS, com o apoio de estratégias de divulgação (advocacy), Comunicação e Mobilização social”, desenvolver “atividades educativas em nível comunitário para reduzir o estigma da TB em pessoas afetadas”, “apoiar atividades de organização de pacientes e seu envolvimento em tarefas de educação” e outras atividades, fazer com que as comunidades assimilem “comportamentos que facilitem o diagnóstico e tratamento oportunos” e “incrementar (através da CAMS) o conhecimento básico que a comunidade possui sobre a TB” (BRASIL, 2006, p. 19 e 35).

Ao apresentar esses focos tendo em vista o controle da TB, o PECT, em acordo com o PNCT e os objetivos do Fundo Global, não pretende problematizar a questão da doença, a partir de um enfoque nas condições de vida, nas experiências de vida da população, nas iniquidades em saúde, nas desigualdades sociais, na vulnerabilidade social. Estes pontos, quando aparecem, aparecem de forma genérica, pouco aprofundada.

Assume-se, então, o significado de iniquidades como condições injustificáveis, que são possíveis de correção, mas permanecem precarizando a vida das populações vulneráveis. Para Breilh (2011), as iniquidades forjam a desigualdade social. As iniquidades constituem o ponto fundamental, pois a partir delas se produz a desigualdade social.

Os três documentos, nestas primeiras caracterizações, mostram contradições e reforçam a necessidade de uma análise crítica. Da leitura dos documentos selecionados para estudo, pôde-se extrair três categorias de análise. São elas: 1- *mobilização social e educação em saúde como uma demanda internacional para a questão da TB*; 2- *mobilização Social e educação em saúde como uma perspectiva funcionalista ou utilitarista para a questão da TB* e 3- *mobilização social e educação em saúde como uma novidade potencialmente progressista para o controle da TB*. Identificadas como três categorias diferentes, nota-se que são extremamente inter-relacionadas, sendo a mobilização social e a educação em saúde em TB mostradas como prerrogativas de demanda internacional potencialmente inovadoras e positivas, embora revelem-se, de fato, perspectivas funcionalistas e utilitaristas.

Para a criação das três (3) categorias finais, que no processo de análise surgiram como refinamento gradual das iniciais e intermediárias, foi lido cada um dos três (3) documentos, fazendo-se um quadro analítico contendo alguns dados: título do documento, nomes dos autores, ano de publicação, tipo de documento, descritores identificados durante a leitura, unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), categorias analíticas (divididas em iniciais, intermediárias e finais) e observações (QUADRO 1 - APÊNDICE B). Em seguida, identificaram-se semelhanças, homogeneidades e diferenças até se chegar à construção de três (3) categorias de análise pertinentes ao conteúdo dos textos examinados.

A mobilização social e a educação em saúde como uma demanda internacional para a questão da TB pode ser percebida nos três documentos: desde o texto do Fundo Global, escrito na língua inglesa, onde se mostra a participação direta deste Fundo nos direcionamentos da mobilização social em TB no Brasil, até sua repercussão no contexto internacional, a partir das orientações da OMS, da OPAS e de outras organizações internacionais citadas no Programa e no Plano.

O PNCT (BRASIL, 2004, p. 3) fala de “metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro”. Fala ainda (p. 4) de “parcerias com organismos nacionais e internacionais de combate à TB”. O PECT, além de apresentar trechos alusivos ao documento do Fundo Global analisado (ao referir que as “comunidades assimilam

comportamentos que facilitem o diagnóstico e tratamento oportunos dos enfermos, conhecimentos básicos da TB, adotarão atitudes, práticas adequadas ante a enfermidade”), também relata que o Plano brasileiro foi construído baseado na “experiência de expansão da estratégia DOTS” da OMS (após declarar a TB como uma emergência global) e no “Plano Estratégico Regional de Tuberculose 2005-2015” da OPAS, apresentando como foco a implementação da “estratégia da OMS: Alto à tuberculose” (BRASIL, 2006, p. 35, 3 e 2).

A mobilização social e a educação em saúde como uma perspectiva funcionalista ou utilitarista para a questão da TB também pode ser identificada nos três documentos. Ao enfatizarem a mobilização social voltada à “adesão ao tratamento pelos pacientes, a vigilância dos contatos” (BRASIL, 2004, p. 9) e a assimilação de “comportamentos que facilitem o diagnóstico e o tratamento oportunos dos enfermos, conhecimentos básicos da TB, (...) atitudes, práticas adequadas ante a enfermidade” (BRASIL, 2006, p. 35), o PNCT e o PECT evidenciam uma concepção autoritária, vertical, que preconiza, diante da necessidade de resultados, uma mobilização funcional e útil para a consecução de metas programáticas (pré)definidas verticalmente. Esta característica é típica do modelo de pensamento positivista que será discutido adiante.

O documento do Fundo Global (THE GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA, 2007, anexo A) também evidencia este apontamento ao descrever os seus objetivos: ¹ “(1) fortalecimento da estratégia DOTS para diagnóstico precoce e tratamento oportuno entre populações vulneráveis em 10 áreas metropolitanas e em Manaus; (2) fortalecimento da mobilização social, da comunicação para mudanças de comportamento e de atividades de comunicação para o intercâmbio de informações em 10 áreas metropolitanas e Manaus; (3) fortalecimento da rede de laboratórios em 10 áreas metropolitanas e em Manaus através da melhoria da garantia de qualidade e do sistema de informação laboratorial; e (4) fortalecimento das ações voltadas à redução da co-infecção TB /

¹ Trecho traduzido livremente a partir de: (1) to strengthen the DOTS strategy for early diagnosis and timely treatment among vulnerable populations in 10 metropolitan areas and in Manaus; (2) to strengthen social mobilization, Behavior Change Communication and Information Exchange Communication activities in 10 metropolitan areas and Manaus; (3) to strengthen the laboratories network in 10 metropolitan areas and in Manaus by improving quality guarantee and the laboratory information system; and (4) to strengthen actions aimed at reducing TB/HIV based on the HIV/AIDS Program experiences in 10 metropolitan areas and in Manaus.

HIV com base nas experiências do Programa HIV / AIDS em 10 áreas metropolitanas e em Manaus.”

A mobilização social e a educação em saúde como uma novidade potencialmente progressista para o controle da TB pode ser notada a partir dos três documentos na medida em que, no que pese as concepções que ainda serão discutidas, permitem ampliar, mesmo que aquém do desejado, o horizonte de diálogo e de ação oficiais sobre o controle e a vigilância da TB. Claramente a mobilização social e a educação em saúde são temas novos para o controle da TB, do ponto de vista documental e oficial no Brasil. O que antes nem mesmo era citado, hoje, às vezes surge na prática, apesar das características merecedoras de apreciação crítica.

O PNCT faz este destaque ao descrever que estimula e apoia “nos municípios prioritários do PNCT, a implantação de projetos de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social, adequado à realidade do PNCT”; ressalta, também, ao dizer que promove no nível nacional e estimula e apoia nos níveis estadual e municipal “a produção coletiva de matérias educativas, dirigidas aos diferentes públicos, respeitando as características regionais, de acordo com análise epidemiológica e com base em pesquisa do perfil cultural e tecnológico-comunicacional.” (BRASIL, 2004, p. 9).

Apesar disso, o que não se nota nesses documentos é a compreensão de que nas comunidades sempre existiram formas de lidar com a tuberculose, de que a população possui experiência de vida e conhecimentos sobre a doença que promovem alguma reação frente à ação do agravo. O PECT indica que as comunidades possuem “conhecimentos básicos da TB” (BRASIL, 2006, p. 35).

O PECT (BRASIL, 2006, p. 35) explicita que as “comunidades assimilam comportamentos que facilitem o diagnóstico e o tratamento oportuno dos enfermos”, como se recebessem “depósitos” de conhecimentos para que assumam a postura necessária ao efetivo controle da doença. O termo “depósito” é referido por Freire (1987) na perspectiva de sua pedagogia crítica como parte do discurso de dominação.

O documento do Fundo Global sugere o fortalecimento da mobilização social e da comunicação para a mudança de comportamento e para a troca de informação como instrumentos importantes para o controle da TB. Especificamente, propõe o aproveitamento da experiência de mobilização social do Programa HIV/AIDS e a conscientização sobre TB através da mídia (THE GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA, 2007).

Transparece, nesta “troca”, a concepção de uma dinâmica educativa fundamentada numa transmissão de informação de “cima para baixo”. Talvez uma troca de informações de saúde entre regiões, no plano institucional. O que se percebe é uma comunicação massificada, que simplifica a realidade e invisibiliza a complexidade do problema, não permitindo entender particularidades sobre a produção da doença nos lugares.

Uma educação baseada na transmissão de um conhecimento supostamente universal é criticada pela educação popular de Freire (1987) e encontra eco na ideia de “construção compartilhada de conhecimento” formulada por Victor Valla (CARVALHO, ACIOLI e STOTZ, 2001) para a educação em saúde.

As características presentes no documento do Fundo Global também são encontradas no Programa e, principalmente, no Plano de controle da TB analisados. Quando o PECT discorre, por exemplo, sobre como “as comunidades assimilam comportamentos que facilitem o diagnóstico e tratamento oportunos dos enfermos, conhecimentos básicos da TB, adotam atitudes, práticas adequadas ante a enfermidade e terão acesso assegurado aos serviços de saúde” (BRASIL, 2006, p. 35), depreende-se a intenção de impor uma ordem à situação, o que é uma ideia bastante ultrapassada nas teorias sobre participação, educação e comunicação associadas à saúde.

No documento do Fundo Global, por sua vez, capta-se, claramente, este posicionamento a partir do segundo objetivo do Programa de Implementação do Fundo, que é o “fortalecimento da mobilização social, da comunicação para mudanças de comportamento e de atividades de comunicação para o intercâmbio de informações em 10 áreas metropolitanas e Manaus” (THE GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA, 2007, Anexo A).

Observa-se que os trechos citados se conformam à lógica positivista apontada por Sousa Santos (2010a) em sua crítica ao paradigma científico dominante. Nota-se que os documentos não consideram a necessidade de potencializar a emancipação das pessoas nem a autonomia delas dentro do contexto de enfrentamento do problema da TB no Brasil.

A intencionalidade reguladora e não emancipadora, é dominante nas ciências sociais estabelecidas hegemonicamente, como considera Sousa Santos (2007). Como se pertencesse a uma “zona colonial” (uma região em estado de natureza, que a modernidade ocidental silencia) o comportamento da população atingida pela TB ou vulnerável à doença, pode se enquadrar, conforme aponta Sousa Santos (2010b, p.37), “por excelência, no universo das

crenças e dos comportamentos incompreensíveis que de forma alguma podem considerar-se conhecimento, estando, por isso, para além do verdadeiro e do falso”, podendo ser mecanicamente alterados.

Ocorre, com isso, uma desvalorização prévia da população local e do saber popular, inviabilizando a experiência social, inferiorizando e invisibilizando as experiências locais e produzindo ausências (SOUSA SANTOS, 2007).

Evidenciam-se, na leitura dos documentos, perspectivas utilitaristas e funcionalistas, de inspiração positivista, referentes às concepções de mobilização social em TB, quando se especificam somente as necessidades de mudanças nas atividades de vigilância, avaliação e controle da TB. A justificativa para tais mudanças liga-se, sobretudo, aos propósitos de aumento de cobertura limitando-se à ampliação da capacidade de diagnóstico e promover a cura intensificando-se a busca de sintomáticos respiratórios e contatos dos pacientes. O cunho utilitarista visa primordialmente à dominação ao invés da compreensão profunda e solidária do real.

Quando é citada a importância da incorporação da comunidade em áreas de populações desassistidas ou se falam das atividades de colaboração entre os Programas de TB e HIV/AIDS, estas são relacionadas aos objetivos do controle da TB por meio da melhora da detecção precoce e do tratamento da TB. É o que se observa nos trechos onde mostra-se imperativo “incorporar a comunidade para melhorar o acesso e a adesão ao tratamento de populações desassistidas” e “diminuir a carga de TB em pessoas com VIH, através da busca ativa de casos de TB, tratamento e introdução de tratamento preventivo dos portadores de VIH, e ações de controle da infecção em populações concentradas com alto risco de contrair as infecções, como a População Privada de Liberdade” (BRASIL, 2006, p. 23-24).

Ao caracterizar possíveis estratégias para estimular a apropriação dos conhecimentos sobre a TB pela população, o Plano propõe o “desenvolvimento de atividades educativas em nível comunitário para reduzir o estigma da tuberculose em pessoas afetadas, a falta de informação sobre direitos e responsabilidades e a baixa percepção de risco (tais como palestras grupais, troca de experiências e apresentações por pessoas diretamente afetadas)” (BRASIL, 2006, p. 35).

Novamente predomina a orientação da transmissão de uma informação de “cima para baixo”, caracterizando a concepção de educação em saúde de repasse e depósito de informações, que serve, conforme aponta Paulo Freire (1987) à domesticação e à dominação.

Observa-se, neste sentido, uma educação em saúde baseada numa concepção funcionalista de ciência (SOUSA SANTOS, 2010a). Sousa Santos (2007) afirma que na modernidade ocidental há dois tipos de conhecimentos: o “conhecimento de regulação” e o “conhecimento de emancipação” ou a “ciência reguladora” e a “ciência emancipadora”.

Sousa Santos (2007) afirma que os dois tipos de conhecimentos partem da “ignorância” para o “saber”. No “conhecimento de regulação” a “ignorância” é caos e o “saber” é ordem; saber é por ordem nas coisas, na realidade, na sociedade. Já no conhecimento de emancipação a “ignorância” é colonialismo e o “saber” é autonomia solidária.

Uma avaliação crítica da definição do Tratamento Diretamente Observado, um dos elementos da estratégia DOTS, permite perceber forte ligação com uma ciência reguladora. Mesmo com os requisitos da vontade política, da aquisição e da distribuição regular de medicamentos e da regularidade do sistema de informação, a atenção maior é para a observação da administração do medicamento.

A observação direta da tomada do medicamento, pelo menos uma vez por semana durante o primeiro mês de tratamento, tem o aparente propósito de passar uma realidade do caos (o problema complexo da TB) à ordem (o controle da TB), o que pode se relacionar com o que descreveu Sousa Santos (2007) em sua discussão epistemológica sobre conhecimento de regulação e conhecimento de emancipação. O objetivo das medidas de controle tem a pretensão reguladora de ordenar o mundo segundo a imposição da ciência biomédica.

Com características funcionalistas e intencionalidade reguladora também estão as ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social previstas no PNCT, que enfocam a ampla difusão de informações epidemiológicas de TB, medidas preventivas, além de assistências e estratégias de promoção à saúde. Tudo isso tendo em vista a adesão ao tratamento pelos pacientes e a vigilância dos contatos.

Esta intencionalidade reguladora também se faz perceptível no PECT. Ao anunciar que um dos seus objetivos é “reduzir o estigma e a discriminação e melhorar o acesso de pacientes com TB aos serviços com cobertura DOTS, com o apoio de estratégias de divulgação (Advocacy), Comunicação e Mobilização Social (CAMS), contando com a participação de pessoas afetadas pela doença”, algumas reflexões podem emergir (BRASIL, 2006, p. 19).

O termo *advocacy*, traduzido literalmente do inglês para o português, significa advocacia (HOLLAENDER e SANDERS, 1996). Segundo Ferreira (2008), advocacia sustenta o sentido de realizar a ação de advogar, de interceder a favor de, de defender com razões e argumentos, de interceder. Hornby (2000), relata que *advocacy* é o apoio público a uma ideia, a um curso de ação ou a uma crença. Zeppelini (s/d), por sua vez, afirma que o termo é uma expressão inglesa que ainda não ganhou tradução literal para o português e se espalhou ao longo do tempo por conta do acelerado crescimento do terceiro setor em todo o mundo. Segundo ele, “*advocacy* é, basicamente, um lobby realizado entre setores influentes da sociedade”. Lobby é o uso do poder e do status para melhor se comunicar e firmar os objetivos pretendidos.

Parece evidente que o termo *advocacy* na mobilização social em TB conota mais um mecanismo regulador da população, que reforça a defesa de um apoio público ao conhecimento científico hegemônico. A ideia aparente é ampliar o espectro do programa de TB através do convencimento da população.

Dentro da perspectiva positivista em que o PECT (BRASIL, 2006, p. 19) parece se enquadrar, este objetivo é referido à medida prática de “reduzir o estigma e a discriminação *para* melhorar o acesso de pacientes com TB aos serviços com cobertura DOTS”. Pode-se inferir que a estratégia CAMS existe para amenizar a situação, demonstrando um objetivo ordenador e de busca de estabilidade, típicos do modelo científico hegemônico evidenciado criticamente por Sousa Santos (2010a).

A tendência voltada para a regulação se repete em outros trechos do Plano (BRASIL, 2006), principalmente quando são propostas mudanças nas ações de vigilância e controle da TB, fazendo alusão inclusive à mobilização social e à educação em saúde, com o intuito maior de melhorar a efetivação do DOTS, bem como aprimorar a detecção precoce e o tratamento da TB. Isso pode ser percebido no trecho “os programas de controle da TB se comprometem a oferecer oportunidades para que as pessoas afetadas e suas comunidades identifiquem necessidades e prioridades, tracem e implementem planos de ação com a finalidade de melhorar a detecção precoce e o tratamento da TB” (p. 34), e mais adiante, quando se refere que “atividades efetivas de CAMS também são úteis para conseguir a resposta política, social e econômica necessária à implementação, fortalecimento e expansão de estratégias como o DOTS” (p. 35).

O componente 5 do PECT, que trata da estratégia CAMS, evidencia algumas características que espelham o modelo científico hegemônico. De forma semelhante ao que o Fundo Global apresenta, e foi apontado anteriormente, fala-se que as comunidades afetadas devem apoderar-se e apropriar-se dos conhecimentos sobre TB, mas não se faz referência à cultura e ao saber acumulado na experiência das populações locais. Não é incluído, nesse conhecimento sobre a TB, os aspectos da produção social envolvidos na dinâmica de transmissão e de difusão da doença. O saber popular passa como um conhecimento vulgar, superficial, ilusório e falso, entrando em concordância com o que escreveu, criticamente, Sousa Santos (2010a).

A estratégia CAMS “deve estar baseada em um rigoroso diagnóstico dos obstáculos que dificultam levar a cabo comportamentos desejáveis, bem como, em uma análise estratégica dos fatores motivadores que podem ser utilizados nas intervenções” (BRASIL, 2006, p. 35). Neste contexto, o saber da população é deslegitimizado, considerado entre os obstáculos à agilização das medidas de controle propostas. O conhecimento popular e o comportamento da população pertencem a um universo de valores e crenças subjetivas que não tem interesse científico porque não são passíveis de objetivação e quantificação de acordo com os pressupostos da ciência biomédica, estando para além do verdadeiro ou falso. O paradigma dominante possibilita uma e só uma forma de conhecimento verdadeiro, dentro de uma extrema e ao mesmo tempo serena arrogância (SOUSA SANTOS, 2010a).

Tal como o PNCT, em relação à populações desassistidas o PECT fala sobre o controle da TB baseado na comunidade. Para isso, lança mão do DOTS comunitário, mas não considera o saber acumulado pela população. De fato observa-se que o DOTS comunitário não avança para além dos objetivos já incorporados pela Estratégia DOTS de aumentar o acesso dos doentes (neste caso as populações desassistidas) aos serviços de saúde, suprir as deficiências de diagnóstico e do tratamento, de reduzir o abandono do tratamento e de realizar atividades de prevenção e controle da TB. Sousa Santos (2010a, p. 90), salienta que: “deixado a si mesmo, o senso comum é conservador e pode legitimar prepotências, mas interpenetrado pelo conhecimento científico pode estar na origem de uma nova racionalidade”.

As questões aqui apontadas não têm a pretensão de negar o conhecimento científico diante do saber popular, das experiências de vida da população e do senso comum. Pelo contrário, o que se pretende é refletir criticamente e tentar compreender que a crise da ciência é real e o modelo científico dominante deve ser repensado.

5.2. SOBRE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA RELACIONADA À MOBILIZAÇÃO SOCIAL NO CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL, PUBLICADA NO PERÍODO DE 2007 A 2016

Buscando-se publicações nas revistas indexadas pela Biblioteca Virtual em Saúde, primeiramente associou-se os descritores “tuberculose” e “educação em saúde”, refinando-se para que esses descritores, em sua pertinência ao Brasil, fossem o tema principal abordado. Encontraram-se 39 artigos publicados entre os anos 2007 e 2015, dos quais, excluindo-se aqueles referidos mais de uma vez e os que não faziam alusão ao tema requerido, apenas dois (2) foram selecionados.

Em outra busca associou-se o descritor “tuberculose” com “mobilização social” (quatro encontrados), com “mobilização comunitária” (sete encontrados), com “participação social” (seis encontrados), com “participação comunitária” (oito encontrados), com “controle social” (dois encontrados) e com “educação sanitária” (seis encontrados). Buscou-se também o descritor tuberculose associado à “participação popular” e à “educação popular”, não sendo encontrado nenhum artigo de referência. Refinou-se a busca para que esses descritores fossem o assunto principal, junto com tuberculose, e o Brasil fosse o país de abordagem, entre aos anos de 2007 e 2016. Dos 33 encontrados, excluindo-se as repetições e aqueles que não faziam alusão ao tema requerido, foram selecionados quatro (4) artigos para análise.

Do total de seis (6) artigos selecionados para análise, dois (2) foram publicados na Revista online de pesquisa “Cuidado é fundamental” da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), dois (2) na Revista latino-americana de enfermagem da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto (USP-RP), um (1) na Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e um (1) na Revista Interface Comunicação, saúde, educação da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Todas as quatro revistas são vinculadas à instituições de ensino da região sudeste do país (QUADRO 2 – APÊNDICE B).

Dos 23 autores, 17 apareceram vinculados à instituições de ensino da região Sudeste do Brasil, cinco (5) à instituições do Nordeste e um (1) à uma instituição da região Sul. Dois (2) artigos foram publicados em 2016, um (1) em 2014, um (1) em 2013, um (1) em 2010 e um (1) em 2007. Dois (2) estudos são do tipo qualitativo, dois (2) do tipo quantitativo, um (1) “descritivo exploratório”, como é definido pelos autores, e um (1) descritivo (QUADRO 2 – APÊNDICE B).

A partir da leitura da produção científica, foram criadas cinco (5) categorias de análise. São elas: 1- *educação em saúde e mobilização social como uma perspectiva funcionalista e utilitarista*, quando se identifica educação em saúde e mobilização social pontuadas segundo uma relação vertical e autoritária na busca de contatos, diagnóstico, adesão ao tratamento e cura, e não problematizadora porque não reconhece as experiências de vida da população e, conseqüentemente, a participação da população como essencial ao controle de endemias; 2- *mobilização Social como uma “novidade” e uma demonstração da necessidade de mudanças na abordagem para o controle da TB*, quando se identifica a educação em saúde como uma potencial ferramenta para a proposição de soluções em conjunto com a população - o que, em geral, não se observa na prática - e instalação de parcerias entre setores, governo e comunidade, relevando-se a participação de ONGs, o que é herança da perspectiva da participação social no controle da VIH/SIDA; 3- *mobilização social em TB incentivada pela conjuntura favorável, principalmente pelo apoio financeiro*, quando se evidencia a participação Social como “profissionalização”; 4- *participação social em TB institucionalizada, como um espaço formal (uma interlocução com os poderes Executivo e Legislativo)*; e 5- *participação comunitária em TB pouco desenvolvida e pouco referida na produção científica*.

Para a criação das cinco (5) categorias finais, que no processo de análise surgiram como apuramento gradativo das iniciais e intermediárias, foi lido cada um dos seis (6) artigos selecionados, criando-se para cada artigo um quadro analítico contendo alguns dados: título, nomes dos autores, ano de publicação, revista publicada, descritores encontrados no artigo durante a busca na BVS, tema, unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), categorias (divididas em iniciais, intermediárias e finais) e observações (QUADRO 3 – APÊNDICE B). Em seguida, identificaram-se semelhanças, homogeneidades e diferenças até se chegar à construção de cinco (5) categorias de análise pertinentes ao conteúdo dos textos examinados.

A categoria *educação em saúde e a mobilização social como uma perspectiva funcionalista e utilitarista* pode ser notada, por exemplo, no texto de Curto et al (2010, p. 3) quando os autores destacam a “idéia de capacitar e utilizar voluntários da comunidade para a realização do tratamento supervisionado”, no intuito de tornar as ações bem sucedidas. Esta categoria também aparece nos estudos de Andrade, Maia, de Queiroz et al (2016, p. 4861) e de Araújo, Saldanha e Colonese (2014, p. 383) quando afirmam, respectivamente, que “o vínculo e a educação em saúde constituem elementos primordiais para o acompanhamento do tratamento de TB por proporcionar além da administração de medicamentos, a troca de

diálogo dando ao portador de TB mais autonomia durante o decorrer do tratamento” e “o paciente confia na educação oferecida pelo profissional de saúde e atende corretamente as recomendações por ele ofertadas”.

Podem-se relacionar também à categoria descrita os apontamentos de Santos Filho e Gomes (2007, p. 112) de que dentre algumas alterações positivas no panorama de combate à TB, na última década, o aspecto mais notável está na “recente e ainda restrita mobilização da sociedade civil, que se destaca: pelo seu vigor; pela sua capacidade de articular em vários níveis; por chamar a atenção para o problema da TB; por mostrar interesse em aprofundar e expandir seus conhecimentos; e sua lenta, mas crescente atuação no controle da TB”. Os autores ressaltam, ainda, a indiscutível importância das iniciativas comunitárias desde que contribuam para acontecer uma “maior divulgação de informações sobre a TB pela imprensa ainda que não seja totalmente satisfatória” (p. 114).

Bulgarelli, Villa e Pinto (2013, p. 6) afirmam que as “parcerias entre sociedade civil e serviços de saúde mostram-se fundamentais no controle de doenças endêmicas”. Nota-se, nesses trechos e nos do parágrafo anterior, alguns elementos que se aproximam da categoria *mobilização social como uma “novidade” e uma demonstração da necessidade de mudanças na abordagem para o controle da TB*.

A categoria *mobilização social em TB incentivada pela conjuntura favorável, principalmente pelo apoio financeiro*, pode ser evidenciada quando Santos Filho e Gomes (2007, p. 112) afirmam que nos “últimos anos, o cenário brasileiro da tuberculose tem mudado radicalmente”, gerando claras modificações no enfrentamento da doença. A mudança referida pelos autores se relaciona com maior investimento de recursos nas ações de controle.

Ainda relacionadas a esta última categoria podem-se considerar as observações de Abreu dos Santos, Souza e Cunha (2016, p. 310) quando, ao tratarem da mobilização social em TB como herdeira do movimento em torno do VIH/SIDA, destacam o “aumento dos casos de coinfeção TB-SIDA; com isso os movimentos sociais organizados em torno da luta contra VIH/SIDA perceberam as possibilidades de ações financiadas pelo governo brasileiro e por entidades internacionais dirigidas às pessoas com TB e SIDA”. Os autores também apontam que é nesse contexto que começa a ter espaço a “profissionalização” da participação social para o controle da TB.

Quando Bulgarelli, Villa e Pinto (2013, p. 2) apontam que no “Brasil, o desenho político e institucional de órgãos municipais, como as secretarias municipais de saúde,

possibilita a participação social que vem a ser instrumento fundamental na tomada de decisões e na construção de políticas públicas que norteiam o SUS”, observa-se um exemplo de aparecimento da categoria *participação social em TB institucionalizada, como um espaço formal*.

A *participação comunitária em TB pouco desenvolvida e pouco referida na produção científica*, como categoria de análise, é constante nos trabalhos estudados e pode ser relacionada às afirmações de Bulgarelli, Villa e Pinto (2013, p. 2) de que a “relação entre participação social e controle da tuberculose não é substancialmente elucidada da literatura científica”. Observação semelhante fazem Abreu dos Santos, Souza e Cunha (2016, p. 311) quando colocam “em questão a necessidade de haver mais estudos em relação a esses grupos da sociedade civil organizada e sua participação no controle da TB”.

Sem que se possam fazer correspondências distintas entre o conteúdo dos artigos examinados e cada uma das cinco categorias criadas, mas relacionando-se com o conjunto destas categorias e reforçando a perspectiva crítica que fundamentou o processo de análise deste estudo, é possível encontrar apontamentos dos autores que podem tornar mais clara sua relação com a mobilização social no contexto da vigilância e do controle da tuberculose, que é tema central da pesquisa aqui apresentada.

O estudo de Andrade, Maia, De Queiroz et al. (2016, p. 4861-4862) aborda a educação em saúde e a tuberculose e verifica a contribuição dos profissionais de Atenção Primária à Saúde na promoção do “autocuidado apoiado” desenvolvida pelos portadores de tuberculose. Os autores destacam o sucesso do tratamento da tuberculose, a relação entre profissionais e usuários e a perspectiva individual dos pacientes como essencial para o controle da doença. Nota-se, então, uma perspectiva de educação em saúde que ao não propor a dialogicidade conota uma relação vertical no processo educativo, podendo-se depreender tal perspectiva quando os autores ressaltam que para o controle da TB os “profissionais de saúde juntamente com a família do portador de TB possuem papel fundamental no sucesso do tratamento” e atentam que o “vínculo e a educação em saúde constituem elementos primordiais para o acompanhamento do tratamento de TB”. Para os autores, numa perspectiva que parece subordinar o conhecimento da população, após “o paciente ter o diagnóstico de TB a equipe multiprofissional de saúde tem a função de orientá-los com relação ao início do tratamento e ajudá-los a enfrentar a doença, principalmente aqueles que têm dificuldade para se responsabilizar pelo cuidado consigo mesmo”.

O artigo de Araújo, Saldanha e Colonese (2014) reflete sobre a importância da atuação do enfermeiro como educador no controle da tuberculose na unidade básica de saúde. Aponta a questão da TB como um problema a ser resolvido ao nível do sistema de saúde, das ações do serviço de saúde, da postura do profissional de saúde durante o atendimento e das características dos pacientes. Assim como no artigo citado de Andrade, Maia, De Queiroz et al. (2016), a educação em saúde também aparece com uma perspectiva não dialógica, de transmissão de informação. Aspecto que chama atenção é a referência de Araújo, Saldanha e Colonese (2014, p. 383) à “proposição de soluções em conjunto” (entre profissional e usuário) sem que sejam esclarecidas as formas de trabalho possíveis para esta realização. Os autores parecem se contradizer quanto à prática do acolhimento e do vínculo. Ao longo do texto, de fato, são apresentadas formas não dialógicas de educação em saúde, consideradas mais como recomendações, transmissão de informações e capacitação. Araújo, Saldanha e Colonese apontam que “o estabelecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários parece ser uma possibilidade de se construir uma nova prática que busque a melhoria da qualidade da atenção à saúde”, e mais adiante, como se descrevendo meios para persuadir os pacientes em relação à realização do tratamento ou ao seguimento da conduta prescrita pelos profissionais, afirmam que “o vínculo em muito pode contribuir na adesão ao tratamento, o paciente confia na educação oferecida pelo profissional de saúde e atende corretamente às recomendações por ele ofertadas”.

Os estudos de Andrade, Maia, De Queiroz et al. (2016) e de Araújo, Saldanha e Colonese (2014) deixam claro que a tuberculose é uma doença complexa e que as tecnologias existentes não têm dado conta de efetivar o seu controle, o que sugere necessidade de mudanças no enfrentamento do problema, considerando-se, então, a participação da população. Percebe-se, no entanto, que o conceito de popular, nos dois artigos, não aparece. Não há menção à experiências de vida das pessoas nem é dada a devida importância a elementos do contexto territorial ou social em que as pessoas vivem.

Santos Filho e Gomes (2007) tecem considerações sobre as condições que contribuíram para o aparecimento da sociedade civil no cenário político do enfrentamento da tuberculose e também apontam para a necessidade de mudanças na abordagem para o controle da TB. Uma dessas abordagens é a mobilização social. Descreve-se um contexto mundial e nacional favorável para o incentivo da mobilização social em TB. Diferentemente de outros processos de mobilização, como o da AIDS por exemplo, a mobilização social em TB emergiu de forma não espontânea. Os governos e a sociedade depararam-se com a

possibilidade de obtenção de recursos financeiros para o controle da TB e ocorreu um aproveitamento do momento. A participação da comunidade e da população, entretanto, não se deu de forma efetiva.

O estudo de Bulgarelli, Villa e Pinto (2013) analisa a participação de um comitê com representantes da sociedade no controle da tuberculose num modelo de gestão participativa. Assinala para a necessidade da participação social para o controle da TB, ressaltando a importância da participação da sociedade civil nos espaços de tomadas de decisões, agindo inclusive como fornecedora de informações para intervenções no controle da TB. Fala-se de uma mobilização social, através de um comitê de pessoas, que lute em prol da saúde da população. A mobilização participativa, entretanto, parece ser projetada sem a participação de usuários do SUS, pacientes e pessoas afetadas pela doença. Isso talvez seja um reflexo da forma como o comitê de TB apontado na descrição surgiu, através da iniciativa de profissionais da saúde, professores universitários e membros da secretaria de saúde do município em questão. Fala-se que a função do comitê é pensar coletivamente e construir conjuntamente, possibilitando uma espécie de cogestão. Segundo Bulgarelli, Villa e Pinto (2013), as ações do comitê envolvem treinamentos de profissionais para diagnóstico, coleta de material para exame laboratorial, campanha de vacinação, busca ativa de doentes, tratamento supervisionado, construção de objetos de pesquisa científica, sensibilização da população e outras. Não fica clara a participação da população no comitê nem a forma como ocorre, caso ocorra. Inicialmente um comitê informal, com o passar dos anos estruturou-se como um componente formal da secretaria de saúde do município, demonstrando uma espécie de institucionalização da participação social.

O comitê, no apontamento de Bulgarelli, Villa e Pinto (2013, p. 9), de uma forma geral, tem se mostrado útil no suporte para a construção e orientação de práticas de vigilância da TB e suas morbidades. Aponta-se para uma parceria entre sociedade civil e serviço de saúde em prol de melhorias de aspectos variados referentes à questão da TB. Descreve-se, como dito antes, uma participação social sob a ótica da necessidade da existência de um grupo de pessoas que lute em prol da saúde da população, sem fazer alusão às lutas já existentes ou potencialmente existentes por iniciativa da própria população. Isto pode ser evidenciado nas considerações sobre a necessidade de uma “lógica de gestão em que o município proporcione o espaço de cogestão para que um comitê de pessoas lute em prol da saúde da população”.

A pesquisa de Curto et al. (2010, p. 3) avaliou a percepção dos doentes sobre as ações de orientação para a comunidade e participação comunitária ocorrida no controle da

tuberculose em serviços de saúde em local do interior do Estado de São Paulo. É destacado o contexto dos últimos anos do Brasil, em que houve uma modificação do cenário político de enfrentamento da TB, colocando-se como indiscutível e imprescindível a atuação do setor comunitário. Sob a percepção dos doentes entrevistados no estudo, ficou clara a escassa participação de representantes da comunidade para discutir problemas da TB. Ressalta-se uma mobilização social não espontânea (visão realista, apesar de não libertadora) para garantir o diagnóstico, o tratamento e a cura, na qual os profissionais de saúde devem mobilizar a comunidade (capacitar), sem a perspectiva da problematização nem da transformação social: “os profissionais de saúde devem mobilizar a comunidade para identificar os ‘tossidores crônicos’, nas famílias, clubes”.

Como elemento contraditório do discurso, merece destaque a afirmação da necessidade da superação da visão de que os pobres são incapazes de cuidarem de si mesmos e do investimento em posturas e práticas inovadoras, através da disseminação de experiências alternativas que caminhem em direção à autonomia e à autoconfiança: “é preciso superar a visão corrente entre os profissionais locais e gestores das políticas sociais a respeito da incapacidade de pobres cuidarem de si mesmos” (CURTO et al., 2010, p. 6).

Abreu dos Santos, Souza e Cunha (2016) realizaram pesquisa qualitativa com representantes de Organizações Não Governamentais (ONGs) atuantes na questão da TB no Rio de Janeiro para compreender as motivações desses sujeitos ao se afiliarem ao Fórum ONGs/TB. Os autores discorrem acerca da participação social através de ONGs. Destaca-se a formação do Fórum de ONGs de TB no Rio de Janeiro como um braço de interlocução com os poderes Executivo e Legislativo. O Fórum, apesar de exemplo para outras experiências similares, não revela a fragilidade da população atingida pela doença, fruto da desigualdade social, da concentração de renda e da exclusão. Critica-se a transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade civil, mas admite-se que se a sociedade civil não se mobilizar o Estado não o fará.

Na descrição de Abreu dos Santos, Souza e Cunha (2016), a participação social no controle da TB surgiu como herança das ações voltadas para a VIH/SIDA. Devido a esse contexto, como alguns representantes do Fórum não tinham a TB como prioridade, o objetivo do Fórum acabou sendo o de dar visibilidade às necessidades das pessoas com coinfeção. Isso possivelmente fez gerar o que os autores do artigo chamaram de “profissionalização” em participação social. A migração das pessoas que trabalhavam com VIH/SIDA para a questão da TB ocorreu num momento em que houve uma diminuição da urgência e da necessidade de

investimentos sobre esta doença. Os movimentos sociais do VIH/SIDA visualizaram, neste cenário, a possibilidade de atuarem em ações financiadas pelo governo brasileiro e por entidades internacionais.

5.3. A MOBILIZAÇÃO SOCIAL E O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO NEOLIBERAL

Deve-se ressaltar, por sua importância enquanto sistema hegemônico de gestão econômica e política mundial, a influência da orientação neoliberal sobre as políticas públicas e o pensamento acadêmico.

O sistema neoliberal subordina as relações sociais à economia de mercado, promove a individualidade e fragiliza os laços coletivos (ANDERSON, 1995; ANTONIO MACHADO, 1995). Harvey (2008) aponta sua transcendência, que ultrapassa sua original dimensão econômica e se instala como cultura dominante que rege pensamentos e atitudes.

É nesta perspectiva que se instituíram e se desenvolvem, dentro das políticas de controle da TB, propostas de mobilização social voltadas para o controle da doença.

A tuberculose é doença clinicamente relacionada com a privação econômica e social, embebida em representações históricas de ordem simbólica que remetem à pobreza e à injustiça social (BERTOLLI FILHO, 2001; PÔRTO, 2007). Enquanto entidade nosológica e problema de saúde pública, a tuberculose talvez tenha sido, ao longo da história, um dos grandes reflexos da dinâmica social das cidades, como chamaram atenção Ruffino-Neto e Pereira (1981) em ensaio publicado em 1981 sobre mortalidade por tuberculose e condições de vida no município do Rio de Janeiro.

Ainda hoje a TB tem sido uma grande fotografia do modelo de sociedade. O neoliberalismo, introduzido no Brasil na década de 1990, tem influenciado diretamente, através de suas reformas e de sua ideologia, a permanência e até mesmo o agravamento de algumas doenças infecto-contagiosas, dentre elas a tuberculose (RODRIGUES, 2010).

Para o pensamento neoliberal as políticas sociais não são compreendidas como direitos, mas como forma de assistir aos mais necessitados. Reconhece-se que a tuberculose é um reflexo marcante e persistente das precárias condições de vida, a partir das suas quatro diferentes dimensões dos processos de reprodução social dos indivíduos e das populações, descritas por Castellanos (2004): 1) a dimensão biológica, 2) a dimensão ecológica, 3) a dimensão das formas de consciência e de conduta e 4) a dimensão econômica. Sabe-se que se

houvesse justiça social e consequente redução de iniquidades, de desigualdades sociais e da pobreza em que vive a maior parte da população, levando-se em consideração as condições de vida da população, a incidência e a mortalidade por tuberculose assumiriam uma tendência de declínio. Não houve e não há interesse por parte do Estado neoliberal em realizar tais transformações (RIZZOTTO, 2009; SAN PEDRO e OLIVEIRA, 2013; RODRIGUES, 2010).

Abriam-se e fecharam-se alguns ciclos da história do Brasil e do mundo, mas o problema da tuberculose ficou e fica ainda hoje (RUFFINO-NETTO, 2002). Diante dessa permanência e principalmente diante da ameaça que a tuberculose se tornou nas últimas décadas para as nações desenvolvidas que mantinham um razoável ou bom controle da doença, organismos internacionais lançaram, no final dos anos 2000, propostas de mudanças nas políticas de controle da TB para o grupo dos 22 países que concentravam cerca de 80% dos casos de TB no mundo (OMS, 2009).

Dentre algumas novidades, como a estratégia DOTS (o principal foco da mudança), encontra-se a indicação da necessidade de mobilização social e de educação em saúde como estratégia para controlar a doença (BRASIL, 2011).

Apesar disso, ao longo das duas últimas décadas, esses temas propostos como mudanças para a política de TB têm aparecido ainda de forma tímida nas ações de controle. Os resultados desta investigação sobre as concepções de mobilização social e educação em saúde que orientam os documentos e artigos estudados, possibilitam algumas importantes reflexões.

A mobilização social e a educação em saúde no controle da tuberculose tiveram um impulso a partir de uma demanda internacional sobre a questão da TB. A doença “ficante” no Brasil, como a classifica Ruffino-Neto (2002), precisava de novidades na sua abordagem. Além daquelas mudanças já implementadas no início dos anos 1990, quando em meados da década a OMS sugeriu a inserção de novos elementos nos planos de controle da TB. A partir daí notou-se um contexto favorável ao incentivo da mobilização social e da educação em saúde em TB no Brasil (BRASIL, 2011; SANTOS FILHO e GOMES, 2007).

Este contexto favorável surgiu principalmente devido aos incentivos financeiros nacionais e internacionais que passaram a cercar a mobilização social em TB em alguns países, inclusive no Brasil (SANTOS FILHO e GOMES, 2007).

O cenário político que favoreceu a mobilização social em TB no Brasil contou com o apoio maior do financiamento do Fundo Global contra a AIDS, Tuberculose e Malária.

Através do aproveitamento da experiência de mobilização social do programa HIV/AIDS e dos seus próprios ex-atores a participação social em TB foi ganhando corpo, mesmo que de forma tímida (FUNDO GLOBAL, 2007; ABREU DOS SANTOS, SOUZA e CUNHA, 2016).

Neste contexto, atores que atuavam na promoção da participação social no controle da VIH/SIDA, com a diminuição de recursos para estas atividades, migraram para a luta contra a coinfeção TB/VIH. Isso fez com que surgisse uma categoria que Abreu dos Santos, Souza e Cunha (2016) chamaram de profissionalização da promoção da participação social.

Essa aproximação entre a mobilização social herdada do programa HIV/AIDS e a nova mobilização social em TB ou em coinfeção VIH/TB se deu principalmente através do envolvimento de Organizações Não-Governamentais que encontraram na causa da TB uma justa forma de permanecer recebendo financiamentos nacionais e internacionais e continuarem atuando dentro do que aprenderam e fizeram bem (ABREU DOS SANTOS, SOUZA e CUNHA, 2016).

Com o afastamento do Estado, subordinado ao regime das privatizações, das responsabilidades de provedor social, intensificaram-se a participação das ONGs e da figura do voluntariado. Este afastamento do Estado com a privatização dos serviços públicos é fundamento do pensamento neoliberal. É uma demonstração de quando as políticas sociais não são compreendidas como um direito (RIZZOTTO, 2009).

Junto com a participação de ONGs e de outros atores importantes da sociedade civil, observou-se a participação social em TB ganhando os rumos da institucionalização, dentro do controle social do SUS (BULGARELLI, VILLA e PINTO, 2013). Ressalte-se que Stotz (1994) já chamava atenção para os riscos de os Conselhos de Saúde conformarem-se ao abrigo e aos interesses do Estado e distanciarem-se dos movimentos sociais.

As experiências de participação social em TB, institucionalizadas a partir dos Conselhos de Saúde institucionalizados, têm sido exemplos, conforme apontou Valla (1998), de “encurralamento” dos movimentos populares. Os Conselhos passam a funcionar dentro do que lhes é prescrito pelo poder político local, nem sempre em consonância com os reais interesses da população. Os movimentos populares perdem em reivindicações e mudanças.

Na prática, na questão da TB, têm-se observado uma mobilização social muito próxima da teoria funcionalista positivista que há tempos permeia o campo da saúde pública no mundo (BREILH, 2013). De forma semelhante como Boorse definiu “saúde como ausência de doença”, pensando estritamente na função biológica e na normalidade estatística

(ALMEIDA-FILHO, 2002), a mobilização social em TB parece ter surgido numa investida para que o “funcionamento normal” do Estado e da sociedade deixasse de ser abalado pela TB e por todos os problemas que surgem no seu bojo.

Vinculada ao Estado, a participação da sociedade civil e as ações de educação em saúde em TB adquirem uma postura prescritiva, pressupondo uma população ignorante, desprovida de conhecimentos e experiências, necessitando da figura de “alguém que sabe” para ensinar “alguém que não sabe”. Do ponto de vista dos campos da vigilância em saúde e da educação em saúde, a mobilização social e a educação em saúde em TB se aproximam de uma perspectiva autoritária, vertical, semelhante a descrição de Sevalho (2016) ao contrapor este modelo ao de uma Vigilância Civil da Saúde que funciona com a efetiva participação popular. O foco são os problemas dos serviços, não os da população. As taxas de diagnóstico, tratamento e cura são as metas de gestão modeladas e prescritas pelas propostas internacionalizadas.

Soma-se a isso a Estratégia DOTS, apresentada como um procedimento que se alicerça na imposição da terapêutica, negando, a princípio, a capacidade de discernimento da população. A abordagem, fundamentalmente coercitiva, se faz em nome da necessidade do controle imediato da doença. Essas características demonstram as permanências históricas da vigilância em saúde, reveladas por Sevalho (2016): a prerrogativa de uma cientificidade universal, a vinculação política à ideia de segurança social e o critério imperativo da urgência.

Esta última permanência, também tratada por Valla (1993) como a “ditadura da urgência”, demonstra o estado permanente de emergência que grande parcela da população vive. Os problemas sempre urgentes e a falibilidade ou ausência do Estado geram contínuas intervenções preventivas das autoridades e o não cumprimento do que é imposto à população coloca o peso da responsabilidade sobre as vítimas das emergências. Não é raro identificar características culpabilizadoras postas sobre as vítimas de TB.

Muitas das vezes as ações impositivas e prescritivas ocorrem sob o discurso do “empoderamento” da população. No Plano e no Programa de controle da TB e na produção científica estudada encontra-se este conceito que merece ser criticamente apreciado.

O termo empoderamento aparece na formulação de Curto et al. (2010, p. 3) sendo referido então, de modo pouco preciso, como “área”:

É preciso superar a visão corrente entre os profissionais locais e gestores das políticas sociais a respeito da incapacidade de pobres cuidarem de si mesmos. Dentro dessa perspectiva, torna-se necessário investir em posturas e práticas inovadoras e na disseminação de experiências alternativas que caminhem em direção

à autonomia e à autoconfiança desses sujeitos. O empoderamento e o envolvimento dos doentes de TB contra a doença é uma área em expansão, mas não é um novo conceito.

Em trecho do artigo de Bulgarelli, Villa e Pinto (2013, p. 8) afirma-se que “a sociedade civil pode, a depender do seu empoderamento, cumprir ou não a tarefa de defender ações coletivas na promoção de mudanças estruturais e do contexto de saúde”.

Abreu dos Santos, Souza e Cunha (2016, p. 308), por sua vez, referem empoderamento à atuação das ONGs a partir de sua participação nas ações de controle da SIDA. Para estes autores, “por ter surgido a partir da experiência de sujeitos envolvidos com SIDA, direta ou indiretamente, o Fórum de ONGs TB traz, em sua raiz, o objetivo de vocalizar (dar visibilidade) às necessidades das pessoas com a coinfeção”. Abreu dos Santos, Souza e Cunha, no entanto, ressaltam que “isso explica o universo contraditório gerado pelo terceiro setor, aqui representado pelas ONGs”, já que “estas, ao mesmo tempo que reforçam as políticas sociais compensatórias, também atuam nesses espaços associativos exercendo o empoderamento de outros sujeitos em relação a problemas sociais e políticos da realidade.”

No artigo de Curto et al. (2010, p. 3) a visão de empoderamento parece de fato presuntiva de um projeto de dominação, quando se explicita que “a ideia de capacitar e utilizar voluntários da comunidade para a realização do tratamento supervisionado tem sido bem-sucedida em alguns locais”.

Entenda-se que o conceito de empoderamento pode alojar a perspectiva da utilização da população para ocupar a lacuna deixada pelo Estado neoliberal em seu afastamento de sua atuação como provedor de inclusão e assistência social.

Na perspectiva da relação entre autonomia, dependência e vulnerabilidade inscreve-se também o conceito de empoderamento, como explica Sevalho (2018). Referido comumente à promoção da saúde, em sua concepção comportamental e conservadora, o termo, como afirma o autor é “escorregadio”, comum no discurso neoliberal com um sentido falso de transferir poder para populações vulneráveis. Isso implica na culpabilização e no convencimento da população para que utilize recursos próprios na resolução de problemas sanitários e sociais que deveriam ser de responsabilidade do Estado.

Sevalho (2018) ressalta que empoderamento, *empowerment* no inglês, tido por muitos como conceito fundamental para o pensamento de Paulo freire, foi apenas mencionado pelo educador, mas nunca teria sido, de fato, questão relevante para ele. Sevalho complementa destacando que no sentido freireano, poder é conquista histórica e não doação, e

empoderamento, para Freire e, conseqüentemente para a educação popular em saúde, só tem sentido quando a liberdade conquistada é usada em benefício da coletividade.

Paulo Freire (1996) afirma que dentro de uma relação educativa, quando o educador tolhe a liberdade do educando, bloqueia-se a capacidade deste de aventurar-se em sua curiosidade, não havendo formação e sim domesticação.

Numa perspectiva epistemológica, ao quantificar, ao objetivar, ao caracterizar e focar na doença, ao descrever numericamente os problemas, ao tentar modificar e universalizar comportamentos, as práticas de participação da sociedade civil e as ações de educação em saúde voltadas para o controle da tuberculose aliam-se fortemente ao pensamento determinista mecanicista. Assume-se uma pretensão utilitária e funcional, empenhada mais em dominar e transformar do que em compreender profundamente o real, quando a dinâmica dominante é sempre a da regulação, não a da emancipação popular (SOUSA SANTOS, 2010a).

Traçando-se um paralelo entre estas observações críticas e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, especificamente em relação à participação da sociedade civil e à educação em saúde no controle da TB, identificam-se ações e objetivos que não visam a transformação da sociedade, mas sim a domesticação da população.

Este ponto pode ser evidenciado no documento de descrição da implantação do Programa Fundo Global de luta contra a AIDS, malária e tuberculose no Brasil quando se sugere o fortalecimento da mobilização social e da comunicação para a mudança de comportamento e para a troca de informação como instrumentos importantes para o controle da TB (THE GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA, 2007). Nota-se, então, uma direta proposição de mudança de comportamento da população para que os objetivos do Programa sejam atingidos por meio de uma relação impositiva.

A mobilização social e a educação em saúde tratadas desta forma se contrapõem a perspectiva emancipatória e de autonomia e libertação apontadas por Sousa Santos (2010b) e Freire (1996). Freire (1996, p.25) destaca que “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros.” Sousa Santos salienta que o conhecimento do senso comum embebido no diálogo com o conhecimento científico possui uma dimensão utópica e libertadora (emancipatória) ampla para enriquecer a relação das pessoas com o mundo.

Nos documentos e artigos estudados identificam-se a associação com o modelo positivista de conhecimento que orienta a ciência moderna suportado pela contradição entre um projeto regulador ou conservador e uma perspectiva emancipadora.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da revolução científica do século XVI surgiu o modelo de racionalidade que vem orientando a ciência moderna. Este modelo desenvolveu-se nos séculos seguintes basicamente sob o domínio das ciências naturais (SOUSA SANTOS, 2010a).

As ciências da saúde e o campo da saúde coletiva, apesar da pretensão crítica que marcou sua fundação no Brasil com a Reforma Sanitária, aproximam-se, do ponto de vista paradigmático, deste modelo de racionalidade característico da ciência moderna. Associam-se, portanto, ao modelo positivista das ciências. Assumem um conhecimento subordinado ao conhecimento biomédico, para o qual conhecer significa simplificar, separar, classificar, quantificar e medir, reduzindo e linearizando as relações entre os elementos e fragmentando processos.

Ressalte-se, então, a influência que marca a saúde coletiva a partir da orientação das políticas internacionais de saúde e o avanço global da orientação neoliberal sobre os sistemas nacionais. Uma perspectiva que transcende a gestão econômica e política e instala-se como cultura dominante.

Sousa Santos (2010a) afirma que o método científico tem como base a redução da complexidade da natureza. A proposta é regular e simplificar as condições iniciais complexas da natureza para que se possa quantificar e construir um conhecimento baseado na formulação de leis, tendo como pressuposto a ideia de equilíbrio e ordem do mundo.

Por prezar pela simplificação, pela ordem e pela estabilidade do mundo, a ciência moderna acaba impondo a ideia de um passado que se repete no futuro. Subentende um mundo estático e eterno, tal como uma máquina mecanicamente determinada por leis físicas e matemáticas, que pode ser consertada e regulada quando necessário (SOUSA SANTOS, 2010a).

Embebido muito mais pela vontade de dominar a natureza do que pela capacidade de compreendê-la mais a fundo, o paradigma científico hegemônico pretende-se utilitário e funcional, enquadrando-se num horizonte determinista mecanicista das ciências e do mundo. Por não pretender expor os conflitos, acaba naturalizando a explicação do real. Não é possível explicar o real senão através dos termos simplificados, reduzidos, regulados, propostos pela ciência moderna (SOUSA SANTOS, 2010a).

Tanto os documentos (PNCT, PECT e documento do Fundo Global) quanto os artigos científicos analisados neste estudo parecem afastar-se das discussões acerca das condições mais complexas que estruturam o problema da TB (condições de vida, de habitação e moradia, saneamento, situações de vulnerabilidade social). Simplificam as possibilidades de ampliação do controle da doença a uma medida biomédica e autoritária que é a estratégia DOTS e a uma mobilização social pouco ou nada dialógica, de cunho utilitarista e funcionalista.

Os textos analisados também se mostram como produção que não alcança, ao tratar da mobilização social e da educação em saúde no controle e na vigilância da TB, a complexidade e a crítica que permitem considerar e compreender o conhecimento popular local, apesar de contraditoriamente discursar sobre sua importância para efetivação do controle da doença. O conceito de Território foi incorporado ao SUS, à vigilância em saúde e à APS no Brasil, mas sua incorporação à análise e ao enfrentamento dos problemas de saúde tem sido meramente administrativa. A leitura do território e do lugar, conforme descrito por Monken e Barcellos (2005, p.901), poderia pôr em evidência, a partir da “escala do cotidiano”, as características mais complexas da questão da TB em cada território diferente, que acabam ofuscadas pelo discurso oficial:

A característica mais importante do lugar é, antes de tudo, de natureza interna, cuja extensão confunde-se com a sua própria existência, tendo uma configuração física, ou melhor, territorial. Essa característica funda a escala do cotidiano e seus parâmetros são a co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contiguidade, reunindo na mesma lógica interna todos os seus elementos: pessoas, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas.

Ainda sobre o lugar, Barcellos et al (2002, p. 130) afirmam que:

Se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar. Os lugares, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças.

O território aparece como uma “área física” que deve ser coberta pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose e pela Atenção Básica à Saúde (também aliada do controle da TB). O termo “cobertura” parece surgir como pressuposto de uma espécie de aprisionamento do território, no intuito maior de cumprir metas quantitativas. Não é apontada a importância do lugar para a vigilância e para o controle da TB.

A APS, na última década, também passou a ser responsável pelo controle da TB. A APS, através da ESF, como afirma Vasconcelos (2006) traz como um de seus potenciais a possibilidade de uma real aproximação do Sistema de Saúde com o cotidiano da vida popular. Apesar deste trabalho não ter analisado a prática dos serviços de saúde no controle da TB, o exame do conteúdo dos documentos leva a supor que essa aproximação com o cotidiano pode ocorrer no sentido de aproveitar o espaço da APS para se chegar até os doentes e fazê-los tomar o medicamento, dentro de uma perspectiva reguladora, autoritária e funcionalista, de colocar a ordem ao problema da TB. Não aparece no conteúdo dos textos científicos e dos documentos oficiais analisados o objetivo de uma aproximação entre serviço de saúde e comunidade no intuito de gerar problematizações emancipadoras para a população, mas sim de vigiar, responsabilizar, culpabilizar.

É possível que as práticas de vigilância e de controle da TB na APS, através da mobilização social e da educação em saúde, venham reproduzindo a mesma lógica da APS, que, por si só, assume uma postura dentro de uma lógica gerencialista, de uma forma geral invisibilizando o conhecimento popular, aumentando a regulação que se estabelece contrariamente à emancipação. Neste contexto, a participação social é, principalmente, institucionalizada, imprimindo limites à população, perpetuando a hegemonia do conhecimento biomédico.

Valla (1993) explica que, contraditoriamente, de um lado, a participação social “legitima a política do Estado diante da população; por outro, significa um canal para que as entidades populares disputem o controle e a destinação da verba pública” (p. 63). Para resolver tal contradição “as entidades populares precisam manter sua independência, de modo a poder lançar mão de formas de luta que lhes são próprias” (p. 64); precisam, ainda, “garantir a mais ampla participação das massas, orientando sua participação naquelas instituições do Estado destinadas prioritariamente a atender as necessidades da classe trabalhadora” (p. 64), a maior parte da população brasileira.

Uma visão crítica de mobilização social deve ser tratada a partir de uma reflexão interdisciplinar que enfatize as ciências sociais críticas e a consideração do saber popular. Freire (1987) enfatiza que numa relação educativa em que se desenvolve a “educação bancária”, onde o educador “deposita” conhecimentos sobre o educando, há uma experiência de realidade funcionalmente domesticadora. A partir do momento em que o educando não tem a sua autonomia respeitada (FREIRE, 1996), a educação está a serviço da domesticação.

Esta relação pode ser observada nas práticas de controle, vigilância e educação em saúde vinculadas à tuberculose. Nota-se, por um lado, um usuário do sistema de saúde, acometido pela doença, dependente do sistema de saúde, tendo sua autonomia desrespeitada, numa evidente realidade funcionalmente domesticadora e, por outro, técnicos e profissionais que alimentam um discurso que, apresentando-se como crítico, contradiz a prática dominante. Distantes de uma visão crítica que lhes permita compreender a contradição em que estão imersos, os profissionais de saúde coletiva até falam em emancipação e preocupação com mudanças nas condições de vida, mas acabam atuando como educadores que subordinam a população.

Sevalho (2018), sugere que não é possível falar de autonomia sem falar de vulnerabilidade. Autonomia, dependência, opressão e vulnerabilidade são fases de um processo relacional de dominação. A ação autoritária vulnerabiliza.

A ação autoritária e prescritiva, seja através da estratégia DOTS ou da educação em saúde tradicional existente na questão da TB, pode ser fator que leva à vulnerabilização das populações ao bloquear sua autonomia.

Sobre isso, Sousa Santos (2010b, p.46), ao tratar da força que vem ganhando no mundo a lógica da apropriação/violência em detrimento da lógica da regulação/emancipação, descreve o que ele chama de fascismo contratual, no qual “a diferença de poder entre as partes no contrato de direito civil é de tal ordem que a parte mais fraca, vulnerabilizada por não ter alternativa ao contrato, aceita as condições que lhe são impostas pela parte mais poderosa”.

Um aspecto importante a destacar neste trabalho é a relação entre as concepções de mobilização social presentes nos documentos e nos artigos analisados. A produção científica claramente reproduz o discurso dos documentos, dos órgãos oficiais e das instituições internacionais financiadoras (OPAS, OMS, Ministério da Saúde e Fundo Global). Mesmo que exista um referencial teórico nacional e latinoamericano crítico acerca da temática, as produções científicas o deixam passar em branco e associam-se ao paradigma científico dominante. Não há evidências, tanto nos documentos quanto nos artigos analisados, de referenciais críticos do campo da educação em saúde, das ciências sociais e da vigilância em saúde. O trecho do artigo de Curto et al (2010, p. 3) “o Ministério da Saúde destaca que os profissionais de saúde devem mobilizar a comunidade para identificar os ‘tossidores crônicos’, nas famílias, clubes, igrejas e comunidades fechadas”, evidencia essa relação de poder.

Diante dos achados deste estudo sugere-se a necessidade de uma vigilância epistemológica constante, como ressalta Sousa Santos (2010b), associada à uma resistência política e social. O biológico não caminha separado do social. O global não caminha separado do local.

Na atualidade, quando a ordem neoliberal avança em todo o mundo, e particularmente no Brasil, é fundamental que se desenvolvam a teorização e a prática críticas na consideração e no trabalho em saúde. Para se obter um real controle da TB, é necessário transformar a sociedade. Para transformar a sociedade é necessário, como desenvolveu Sousa Santos (2007, p. 68), reinventar a emancipação social e “ultrapassar algumas tradições funestas e nefastas na teoria e na prática crítica da modernidade”.

Sabe-se que o maior problema da tuberculose está entre as populações vulneráveis. Os documentos estudados ressaltam esta situação. Sabe-se, também, que as intervenções biomédicas e a vigilância epidemiológica, ao longo da história da doença, têm sido eficientes, mas não ao ponto de bastarem por si só. Na forma como são desenvolvidas, junto com outros motivos, percebe-se que não têm sido suficientes para o alcance de níveis satisfatórios de saúde para a população, e para, assim, gerar mudanças na situação atual do controle da TB. Insistem-se, todavia, em medidas biomédicas, positivistas, abrigadas em discursos de inovação que não rompem com o projeto de dominação e domesticação das populações vulneráveis.

Ressalta-se que este trabalho se limitou apenas a analisar os conteúdos dos documentos oficiais e dos artigos científicos selecionados. Reconhece-se que esta análise não consegue atingir a completude do tema mobilização social e tuberculose no Brasil. Entende-se que possíveis entrevistas sistemáticas com atores sociais ligados à mobilização social, no contexto da vigilância da TB no país, poderiam ser complementares, promovendo um nível mais esclarecedor e problematizador do tema. Este estudo, portanto, não se pretende a ser um “dogma”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU DOS SANTOS, V.A.; SOUZA, F.B.A.; CUNHA, F.T.S. Organizações Não Governamentais de tuberculose do Rio de Janeiro, Brasil: motivações e vínculos na primeira década do século XXI. **Rev. Interface comunicação saúde educação**. n. 20, v. 57, p. 305-312; 2016.

ALMEIDA-FILHO, N. JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 7, v. 4, p. 879-889, 2002

AMORIM, C.R. et al. Participação e mobilização social no SUS: entraves, desafios e perspectivas. **Rev. APS**, v.15, n.3, p.294-298, jul/set. 2012.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader, E. (org.). **Pós-neoliberalismo – as políticas sociais e o Estado Democrático**. São Paulo: Paz e Terra, p. 9-23, 1998.

ANTONIO MACHADO, L. A sociabilidade excludente. In: Sader, E. (org.). **Pós-neoliberalismo – as políticas sociais e o Estado Democrático**. São Paulo: Paz e Terra, p. 134-137, 1998.

ANDRADE, R.P.S.; MAIA, V.F.; DE QUEIROZ, R.F. et al. Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose. **J. res.: fundam. care. online**. n. 8, v. 3, p. 4857-4863, 2016.

ARAÚJO, L.G.P; SALDANHA, R.A.; COLONESE, C.R. O enfermeiro e a educação em saúde, no atendimento aos portadores de tuberculose (TB) na unidade básica de saúde. **J. res.: fundam. care. online**. N. 6, v. 1, p. 378-386, 2014.

BARCELLOS, C.C., SABROZA, P.C., PEITER, P., ROJAS, L.I. Organização Espacial e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. n. 11, v. 3, p. 129-138, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2007.

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>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informes técnico-institucionais. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura

para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. bras. saúde materno-infantil**, p. 113-125, jan - mar, 2003.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: Avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos**. 2 ed. Brasília: MS, 2005. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/caa/estudos.php>. Acesso em: 20 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância epidemiológica. Coordenação geral de doenças endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília, MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: MS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **O controle da Tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios**. vol. 45, n. 2. Brasília: MS, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose**. vol. 46, n. 9. Brasília: MS, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil**. vol. 48, n. 8. Brasília: MS, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portal da Saúde. **Tuberculose – informe**. Brasília: MS, 2017b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/tuberculose>

BREILH, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8., n. 4.,p. 937-951, Rio de Janeiro, 2003.

BREILH, J. **Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de salud**. Capítulo de libro publicado por la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México, y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). 2011.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública** 2013; 31(supl 1): S13-S27.

BULGARELLI, A.F.; VILLA, T.C.S.; PINTO, I.C. Organização social e controle da tuberculose: a experiência de um município brasileiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol. 21., n.5., sept.-oct., 2013.

CARVALHO, M.A.P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E.N. **O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência científica do ponto de vista popular**. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.

CASTELLANOS, P. L. **Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de las acciones de Salud y Bienestar**. [Borrador de Trabajo] OPS. Sem data publicação

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata, Rita Barradas. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro. ABRASCO, 1997.

CASTELLANOS, P.L. **Análisis de situación de salud de poblaciones**. In: MARTÍNÉS NAVARRO, F. et al. (Org.). **Vigilância epidemiológica**. Madrid: McGraw-Hill/Interramericana, 2004.

CORREIA, M.V.C. Controle Social. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CORTHALS, A.; KOLLER, A.; MARTIN, D.W.; RIEGER, R.; CHEN, E.I., et al. Detecting the Immune System Response of a 500 Year-Old Inca Mummy. **PLoS ONE**, v. 7. n.7, Jul, 2012. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0041244>. Acesso em 11 jun. 2016.

CUNHA, M.B. *et al.* O desastre no cotidiano da favela: reflexões a partir de três casos no Rio de Janeiro. **O social em questão**. Ano XVIII, n. 33, p. 95-122, 2015.

CURTO, M., et al. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre a orientação a comunidade e participação comunitária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. v. 18, n. 5, set-out, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_20.pdf. Acesso em 13 ago. 2016.

FERREIRA, A.B. de H. **Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa**. – 7 ed. – Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

FIGUEIREDO, T.M.R.M. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 43., n. 5, 2009.

FIUZA DE MELO, F.A. et al. Tuberculose. In: **Veronesi: Tratado de Infectologia**. Vol. 1. 3. ed. Editor científico Roberto Focaccia. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 1139-1206.

FIUZA DE MELO, F.A. et al. Tuberculose. In: **Tratado de Clínica Médica**. Vol. 2. 2. ed. Organizador Antonio Carlos Lopes. São Paulo: Roca, 2009. p. 2659-2684.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17^a ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. 23^a ed. São Paulo: Editoras Autores Associados e Cortez, 1989.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25^a ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996.

FUNDAÇÃO ATAULPHO PAIVA (FAP). Liga Brasileira Contra a Tuberculose. **História**. São Paulo, Sem Data. Disponível em: <http://www.fundacaoataulphodepaiva.com.br/fundo-global.html>. Acesso em: 16 mar. 2017.

FUNDAÇÃO ATAULPHO PAIVA (FAP). Liga Brasileira Contra a Tuberculose. **Fundo Global**. São Paulo, Sem Data. Disponível em: <http://www.fundacaoataulphodepaiva.com.br/fundo-global.html>. Acesso em: 16 nov. 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Agência Fiocruz de notícias. **Informe ENSP - Fiocruz gerencia Fundo Global na luta contra a tuberculose**. Fev, 2007. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-gerencia-fundo-global-na-luta-contra-a-tuberculose>

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. **Série Educação a Distância. Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da Secretaria de Educação à Distância/UFRGS**. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

HARVEY, D. **O neoliberalismo – história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

HOLLAENDER, A., SANDERS, S. The Landmark Dictionary: English/Portuguese, Portuguese/English. – São Paulo: Moderna, 1996.

HORNBY, A.S. **Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English**. Sixth edition. Edited by Sally Wehmeier and Michael Ashby. – Oxford: Oxford University Press, 2000.

MACHADO, F.A. Participação social em saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

MENDES, J. M. et al. Um estudo retrospectivo dos aspectos epidemiológicos da tuberculose na comunidade do Complexo de Manguinhos localizado em área urbana do Rio de Janeiro, Brasil, 2000-2002. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 443-447, Out. 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, M.C.S (Org); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 33.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, Mai-Jun, 2005.

NOIA MACIEL, E.L. et al. Tuberculose. In: DUNCAN, B.B. et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 1433-1454.

OLIVEIRA, R.M.; VALLA, V.V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle da dengue. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. P. S77-S88, 2001.

OLIVEIRA, R. M. Pistas para entender a crise na relação entre técnicos e classes populares: uma conversa com Victor V. Valla. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19., n. 4., p. 1175-1187, jul-ag, 2003.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing**. Ano 2009. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44241/1/9789241598866_eng.pdf

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe Mundial sobre la Tuberculosis**. Ano 2016a. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary_es.pdf?ua=1

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Tuberculosis Report**. Ano 2016b. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1>

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Plano estratégico regional para o controle da tuberculose: 2006-2015**. Washington, DC, 2005. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=971&limit=5&limitstart=20&order=date&dir=DESC

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

RAINHO BRÁS, O.C. **Percursos biossociais da tuberculose no Rio de Janeiro**. Coimbra, 2012. Tese (Doutorado) – Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Programa de doutoramento em Governança, Conhecimento e Inovação, 2012.

RIZZOTTO, M.L.F. Neoliberalismo e Saúde. In: Pereira, I.B.; Lima, J.C.F. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

RODRIGUES, C.H.L. **Considerações Sobre o Primeiro Governo Fernando Henrique Cardoso: contradições do discurso e acirramento da implementação do neoliberalismo**. IV ENCUENTRO INTERNACIONAL ECONOMIA, POLÍTICA Y DERECHOS HUMANOS. Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo. Setembro, 2010. Disponível em: <http://www.madres.org/documentos/doc20100924140957.pdf>.

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. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822002000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Set. 2015.

SABROZA, P.C. A produção social das condições de vida e da tuberculose. Revista Riopharma,; n. 45, p. 7-9, 2001 apud CUNHA, M.B. *et al.* O desastre no cotidiano da favela: reflexões a partir de três casos no Rio de Janeiro. **O social em questão**. Ano XVIII, n. 33, p. 95-122, 2015.

SABROZA, P.C. Vigilância em Saúde. Sem Data. (ARQUIVO PESSOAL).

SAN PEDRO A.; OLIVEIRA R.M. Tuberculose e Indicadores Socioeconômicos: revisão sistemática de literatura, **Rev. Panam. Salud Publica**.n.33 (4), p. 294-301, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n4/a09v33n4.pdf> . Acesso em: 20 set. 2015.

SANTOS FILHO, E.T. **Política de TB no Brasil: Uma perspectiva da sociedade civil: Tempos de mudanças no controle da tuberculose no Brasil**. Rio de Janeiro: Open Society Institute, 2006.

SANTOS FILHO, E.T.; GOMES, Z.M.S. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. **Rev. Saúde Pública**. n. 41 (Supl 1), p. 111-116; 2007. disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800015. Acesso em: 20 set. 2016.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec; 1988.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SEVALHO, G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 611-632, 2016.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.22, n. 64, 2018 – no prelo.

SILVA SILVEIRA, R. **Tuberculose no Complexo de Manginhos: estudo dos casos atendidos no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria de 2007 a 2009**. Rio de

Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado) – Instituto Oswaldo Cruz, Pós-graduação em Medicina Tropical, 2011.

SILVEIRA, M. L. O Brasil: território e sociedade no início do século 21 – A história de um livro. **ACTA Geográfica**, Ed. Esp. Cidades na Amazônia Brasileira, 2011. p.151-163.

SOUSA SANTOS, B. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. Tradução Mouzar Benedito. São Paulo: Boitempo, 2007.

SOUSA SANTOS, B. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. - São Paulo: Cortez Editora, 2010a.

SOUSA SANTOS, B. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SOUSA SANTOS, B.; MENESES, M.P. (Org). **Epistemologia do Sul**. São Paulo: Cortez Editora, 2010b. p. 31-83.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p.19-40.

STOTZ, E.N.; VALLA, V.V. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

STOTZ, E.N. Movimentos Sociais e Saúde: notas para uma discussão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 2, p. 264-268, 1994.

STOTZ, E.N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 9-30, 2005.

STOTZ, E.N. Entre a academia e a rua: Victor Vincent Valla (1937-2009). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 461-466, 2009.

TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B.; GIUGLIANI, E.R.J.; SCHIMIDT, M.I. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.76-87.

TATSCH, J. F. S. et al. Mobilização Social: a comunidade como protagonista. Um relato de experiência. **Com. Ciências Saúde**. v. 23, n. 3, p. 271-276, 2012.

TEIAS-ESCOLA MANGUINHOS. **Situação de saúde**. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/situacao-de-saude>. Acesso em: 28/06/2016.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S., e VILLASBÔAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. *Informe epidemiológico do SUS*, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, C. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18., suplemento, p. 153-162, 2002.

THE GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA. **Program Grant Agreement. Annex A: Program Implementation Description**. 2007. Disponível em: <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/grant/?k=a3ba8e1d-b523-4b59-8f7d-cf84e4b8bac9&grant=BRA-506-G01-T#related-resources>

THE GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA. The Global Fund. **Global Fund Overview**. Sem Data. Disponível em: <http://www.theglobalfund.org/en/overview/>. Acesso em: 15 jan. 2017.

TOGNONI, G. Manual de Epidemiologia Comunitária. Edición CECOMET, 1997. Disponível em: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/manual.pdf>

TORO, J.B.; WERNECK, N.M.D. **Mobilização Social: Um modo de construir a democracia e a participação**. UNICEF-Brasil, 1997.

VALLA, V. V.; ASSIS, M.; CARVALHO, M. **Participação Popular e os Serviços de Saúde: o controle social como exercício da cidadania**. Rio de Janeiro: Pares/Ensp/Fiocruz, 1993.

VALLA, V.V. Educação popular e conhecimento: a monitoração civil dos serviços públicos de educação e saúde. In: STOTZ, E.N.; VALLA, V.V. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 103-112.

VALLA, V.V. Comentários a “Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação”. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 3., n. 1., p. 31-32, 1998.

VALLA, V.V. Educação e Participação Popular, revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura. In: BARATA, R.B.; BRICEÑO-LEÓN, R.E. (Org.). **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 251-268.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14., n.1., p. 67- 83, 2004.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, v. 8, n. 3, Set. 1998.

ZEPPELINI, M. **Advocacy: o lobby do bem**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Home. Artigos. Sem Data. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/acaosocial/article26c3.html?id.article=592>. Acesso em 28 mar 2017

APÊNDICE A

- ROTEIRO PARA PESQUISA E ANÁLISE DOS DOCUMENTOS E DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Concepções de mobilização social

Concepções de participação popular

Concepções de educação em saúde

Tuberculose e condições de vida

Tuberculose e experiências de vida

Tuberculose e território

Estratégias e propostas operacionais de mobilização social, participação popular e educação em saúde.

Propostas de participação da população e de profissionais do serviço no monitoramento do problema da tuberculose (monitoramento participativo).

Fundamentação do DOTS.

APÊNDICE B

Quadro 1: Sistematização de dados referentes aos documentos analisados: Programa Nacional de Controle da Tuberculose, Plano Estratégico de Controle da Tuberculose e Documento de descrição da implementação do Programa Fundo Global de Luta Contra a Aids, Malária e Tuberculose no Brasil

DOCUMENTO	Programa Nacional de Controle da Tuberculose (Brasil, 2004)		
AUTORES	Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária.		
ANO	2004		
TIPO	Programa		
DESCRITORES	Mobilização Social, Educação em saúde		
UNIDADES DE REGISTRO	Para o controle da TB: “necessidade do envolvimento de ONGs e de parcerias com organismos nacionais e internacionais de combate à TB”; “objetivo específico do PNCT: “desenvolver ações educativas em saúde, comunicação e mobilização social, mas esferas nacional, estadual e municipal, enfocando a promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde; sensibilizar e mobilizar gestores do SUS, líderes políticos, formadores de opinião para priorização da luta antituberculose”; “Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social: enfoque na ampla difusão de informações epidemiológicas de TV, medidas preventivas e assistências, estratégias de promoção à saúde; estimular e apoiar projetos referentes à adesão ao tratamento, vigilância dos contatos e redução do estigma da doença; produção coletiva de matérias educativas, dirigidas aos diferentes públicos, respeitando as características regionais, de acordo com análise epidemiológica e com base em pesquisa do perfil cultural e tecnológico-comunicacional; campanhas publicitárias, novelas, pronunciamentos oficiais; elaborar e validar materiais educativos técnicos a serem utilizados nas capacitações em treinamentos em TB; potencializar ações do dia mundial de luta contra a TB; mobilizar a sociedade civil organizada através de ONGs, criando condições de uma boa articulação com o terceiro setor para uma efetiva parceria no controle da TB”; “Sustentação político social: sensibilizar e mobilizar os setores políticos, para assegurar a priorização da luta antituberculose, apoio financeiro e articulação intersetorial para a execução das ações e atividades de vigilância e controle da TB: ações: estimular a criação de mecanismos que permitam a participação da sociedade civil organizada nas reuniões, comitês e encontros de avaliação e fomenta sua organização”; “Avaliação, acompanhamento e monitoramento das ações do PNCT: criar mecanismos que promovam a participação efetiva da sociedade civil nas discussões e definições do programa da TB”; indicador de acompanhamento da situação epidemiológica: “proporção de municípios que realizam campanhas de mobilização social”;		
CATEGORIAS	INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS	FINAIS

DOCUMENTO	Programa Nacional de Controle da Tuberculose (Brasil, 2004)		
	<p>Envolvimento de ONGs Parcerias nacionais de internacionais Ações educativas de saúde Ações de comunicação Ações de mobilização social Ações integradas Promoção, prevenção, assistência e reabilitação Sensibilização e mobilização Difusão de informações Adesão ao tratamento Vigilância dos contatos Redução do estigma Produção coletiva de matérias educativas Respeito a características regionais Campanhas publicitárias, novelas, pronunciamentos oficiais Mobilizar a sociedade civil através de ONG Apoio financeiro e articulação intersetorial Participação da sociedade civil organizada em reuniões, comitês e encontros de avaliação, nas discussões e definições do programa Mobilização social como indicador</p>	<p>Mobilização social é parte de um objetivo do PNCT Mobilização social e ações educativas com enfoque na promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde Mobilização social e ações educativas para a difusão de informações, adesão ao tratamento, vigilância dos contatos, redução do estigma, produção coletiva de matérias educativas Mobilização social e ações educativas com respeito às características regionais Ações educativas através de campanhas publicitárias, novelas, pronunciamentos oficiais Mobilização social através de ONGs Participação da sociedade através de reuniões, comitês, encontros, discussões e definições do programa Mobilização social como um indicador de acompanhamento da situação epidemiológica</p>	<p>Mobilização Social e educação em saúde como uma perspectiva funcionalista ou utilitarista para a questão da TB</p> <p>Mobilização social e educação em saúde como uma novidade potencialmente progressista para o controle da TB</p>
OBSERVAÇÕES	Respeito a características regionais sugere levar em consideração o território também		

DOCUMENTO	Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015 (Brasil, 2006)
AUTORES	OPAS/Ministério da saúde/secretaria de vigilância em saúde/departamento de vigilância epidemiológica/coordenação geral de doenças endêmicas/PNCT
ANO	2006
TIPO	Plano
DESCRITORES	Mobilização social, participação, educação em saúde
UNIDADES DE REGISTRO	<p>Em 2007: “ausência de participação no controle da TB dos afetados pela enfermidade e da sociedade em geral”; “5º objetivo: incorporar a todos os provedores do SUS no controle da TB; meta: 100% dos estados envolvendo a todos os provedores de saúde relevantes para o controle da TB; 6º objetivo: CAMS e participação das pessoas afetadas para reduzir o estigma e a discriminação e melhorar o acesso ao DOTS; meta: 100% dos estados implementando CAMS em 2010, incorporação dos conselhos de saúde e das associações de pessoas afetadas nas atividades de controle”; para fortalecer a estratégia DOTS: “participação de diferentes setores da sociedade civil, incorporar a atividade de controle a parceiros; “aprofundar ações em populações vulneráveis, de alto risco (indígenas, privados de liberdade, bolsões de miséria e moradores de rua) para melhorar o acesso e a adesão ao tratamento de populações desassistidas” (sabe-se onde está o problema, mas não se propõe acabar com a raiz do problema); “estratégias comunitárias para populações desassistidas (DOTS comunitário); “suprir as deficiências de diagnóstico e tratamento que afetam estas populações”; Componente 5 do plano: CAMS e facilitação da participação de pessoas afetadas pela TB e da comunidade”; “experiências de distintos programas de saúde mostram que se obtêm melhores resultados quando pessoas e comunidades afetadas apoderam-se e participam ativamente no cuidado e tratamento”; “a apropriação dos conhecimentos pelos afetados e pela comunidade é fundamental para lograr os objetivos do controle da TB”; implementar “planos e ações com a finalidade de melhorar a detecção precoce e tratamento da TB”; “promoção do senso de responsabilidade; elaboração de diagnóstico participativos, apoio a redes sociais para a detecção precoce, identificação de mecanismos sociais e estratégias para a realização completa do TTO, atividades educativas para reduzir o estigma (palestras...), identificação de recursos institucionais em nível comunitário para apoiar atividades, apoiar atividades de organização de pacientes”; “No contexto da tuberculose, a estratégias ACMS devem ser parte essencial das atividades de promoção da saúde dos PNCT”; “As comunidades assimilam comportamentos que facilitem o diagnóstico e tratamento oportunos dos enfermos, conhecimentos básicos da TB, adotaram atitudes, práticas adequadas ante a enfermidade e terão acesso assegurado aos serviços de saúde”; “CAMS pretende incrementar o conhecimento básico que a comunidade possui sobre a enfermidade” (será que é básico mesmo esse conhecimento?); “CAMS importante para fortalecer e expandir a DOTS”; “CAMS: apoiar a formação de associações de pessoas afetadas pela TB e oferecer capacitação”; “CAMS: realizar reuniões de trabalho com pessoal da saúde e afetados para identificar formas de colaboração”; “monitoramento apontado é diferente do monitoramento apontado por Breilh e Valla”;</p>

DOCUMENTO	Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015 (Brasil, 2006)		
CATEGORIAS	INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS	FINAIS
	<p>Cenário: ausência de participação no controle da TB</p> <p>CAMS e participação para reduzir estigma e discriminação e melhorar o DOTS</p> <p>Conselhos de saúde e associações de afetados no controle da TB</p> <p>Ações em populações vulneráveis: melhorar acesso, diagnóstico e tratamento</p> <p>DOTS comunitário</p> <p>CAMS e participação dos afetados</p> <p>Apropriação do conhecimento pelos afetados e pela comunidade fundamental para os objetivos</p> <p>Planos e ações para melhorar a detecção precoce e o tratamento</p> <p>Senso de responsabilidade, diagnóstico participativo, apoio a redes sociais para: detecção precoce, realização completa do tratamento, atividades educativas para reduzir estigma</p> <p>Identificação de recursos institucionais comunitários para apoiar atividades de organização de pacientes</p> <p>Comunidade assimilar comportamento: facilitando o diagnóstico e o tratamento</p> <p>CAMS para aprofundar o conhecimento básico que a comunidade possui sobre TB</p> <p>CAMS: apoiar a formação de associações de afetados</p> <p>CAMS: reuniões para identificar formas de colaboração (afetados e equipes)</p>	<p>DOTS e CAMS como parte de um direcionamento internacional</p> <p>CAMS para reduzir estigma, melhorar o DOTS, aprofundar o conhecimento básico que a comunidade possui sobre TB, para identificar formas de colaboração</p> <p>Estimular e melhorar a participação da comunidade no controle da TB</p> <p>Planos para melhorar detecção, tratamento</p> <p>“Ensinar a população”</p>	<p>Mobilização Social e educação em saúde como uma perspectiva funcionalista ou utilitarista para a questão da TB</p> <p>Mobilização social e educação em saúde como uma demanda internacional para a questão da TB</p> <p>Mobilização social e educação em saúde como uma novidade potencialmente progressista para o controle da TB</p>

DOCUMENTO	Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015 (Brasil, 2006)
OBSERVAÇÕES	<p>Sabe-se onde está o problema, mas não se propõe acabar com a raiz do problema. Fala-se em populações vulneráveis. Não se fala em experiência de vida e participação da comunidade no DOTS comunitário Monitoramento apontado é diferente do monitoramento apontado por Breilh e Valla Ponto positivo: atividades educativas para reduzir o estigma (palestras, por exemplo). Palestra é o melhor? Outro aspecto positivo: Identificação de recursos institucionais comunitários para apoiar atividades de organização de pacientes Assimilação de comportamento Incrementar o conhecimento básico que a comunidade possui Estimular o senso de responsabilidade (como se a comunidade fosse irresponsável)</p>

DOCUMENTO	The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria - Program Grant Agreement (Program Implementation Description) (The Global Fund, 2007)		
AUTORES	Fundo Global contra a AIDS, Tuberculose e Malária		
ANO	2007		
TIPO	Programa		
DESCRITORES	Não encontrados diretamente. Levou-se em consideração a temática e a importância do documento para a mobilização social em TB.		
UNIDADES DE REGISTRO	“fortalecimento da estratégia DOTS para o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno em populações vulneráveis”; “fortalecer a mobilização social, a comunicação para a mudança de comportamento e a comunicação de troca de informação”; “fortalecimento da rede de laboratórios, melhorando a garantia de qualidade e o sistema de informação laboratorial”; “fortalecimento de ações destinadas à redução da coinfeção TB/HIV baseada em experiências do programa HIV/AIDS (continuar o envolvimento e a inclusão de instituições da sociedade civil em discussões sobre as políticas de assistência e as estratégias de mudança de comportamento); “promover a consciência sobre TB através de campanhas de mídia”		
CATEGORIAS	INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS	FINAIS
	<p>DOTS para: diagnóstico precoce e tratamento oportuno em populações vulneráveis</p> <p>Fortalecer a mobilização social</p> <p>Fortalecer a comunicação para a mudança de comportamento</p> <p>Fortalecer a comunicação para a troca de informação</p> <p>Aproveitar a experiência do programa HIV/AIDS e continuar com o envolvimento e a inclusão da sociedade civil em discussões sobre as políticas de assistência e de estratégias de mudança de comportamento</p> <p>Campanhas na mídia para promover a consciência sobre a TB</p>	<p>Fortalecer a mobilização social, aproveitando a experiência de mobilização social do programa HIV/AIDS</p> <p>Fortalecer a comunicação para a mudança de comportamento e para a troca de informação</p> <p>Consciência sobre TB através da mídia</p>	<p>Mobilização Social e educação em saúde como uma perspectiva funcionalista ou utilitarista para a questão da TB</p> <p>Mobilização social e educação em saúde como uma demanda internacional para a questão da TB</p>

DOCUMENTO	The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria - Program Grant Agreement (Program Implementation Description) (The Global Fund, 2007)
OBSERVAÇÕES	Mudança de comportamento: não dialoga com a pedagogia da autonomia, reflete autoritarismo? Domesticar?

Quadro 2: Características dos artigos científicos, segundo revista científica, instituições dos autores e regiões das instituições acadêmicas (Brasil, 2007-2016)

ARTIGOS	Andrade, Maia, de Queiroz et al (2016)	Araújo, Saldanha E Colonese (2014)	Santos Filho e Gomes (2007)	Bulgarelli, Villa e Pinto (2013)	Curto et al (2010)	Abreu dos Santos, Souza e Cunha (2016)
ANO	2016	2014	2007	2013	2010	2016
INSTITUIÇÃO DOS AUTORES	UFRN (4), USP (1), UFPB (1)	UNIPLI (3)	RedeTB (2) ou FUNDO GLOBAL	UFRGS (1), USP RP (2)	UFTM (1), USP RP (5)	Prefeitura Quissamã (1), UNIRIO (2)
REGIÕES DAS INSTITUIÇÕES DE VINCULAÇÃO DOS AUTORES	Nordeste (2), Sudeste (1)	Sudeste (1)	Sudeste (2)	Sul (1), Sudeste (1)	Sudeste (2)	Sudeste (1)
REVISTAS	Revista online de pesquisa Cuidado é fundamental (UNIRIO)	Revista online de pesquisa Cuidado é fundamental (UNIRIO)	Revista de Saúde Pública (USP)	Revista latino americana de enfermagem (USP-RP)	Revista latino americana de enfermagem (USP-RP)	Revista Interface Comunicação, saúde, educação (UNESP-Botucatu)
TIPO DE PESQUISA	Quantitativa	Descritiva exploratória	Descritiva	Qualitativa (estudo de caso)	Avaliativa quantitativa exploratória	Qualitativa

Quadro 3: Sistematização de dados referentes aos artigos científicos analisados, considerando os descritores “Educação em Saúde” e “Mobilização Social” para o controle da tuberculose, Brasil, 2007-2016.

TÍTULO DO ARTIGO	Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose
AUTORES	Rayla Patrícia da Silva Andrade, Vanessa Freires Maia, Rosimeire Fontes de Queiroz, Gisele Santana Pereira Carreiro, Tereza Cristina Scatena Villa, Erika Simone Galvão Pinto
ANO	2016
REVISTA	J. res.: fundam. care. online
DESCRITORES	Tuberculose e educação em saúde
TEMA	Profissionais de saúde da APS e o autocuidado apoiado aos portadores de TB

TÍTULO DO ARTIGO	Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose		
UNIDADES DE REGISTRO	<p>Tratamento Diretamente Observado (TDO); adesão ao tratamento; “conduzir o portador de TB à realização do tratamento”; “processo educativo responsável por aumentar a autonomia dos pacientes”; “capacitação dos pacientes quanto à tomada de decisões referentes ao seu tratamento”; “tornar os pacientes mais responsáveis”; “intervenções de mudança de comportamento”; vínculo, acolhimento, comportamento; “pessoas diagnosticadas com dificuldade para se responsabilizar pelo cuidado consigo mesma”; vínculo e educação em saúde proporcionando a administração de medicamentos; educação em saúde como uma ferramenta de participação popular; “apesar das informações sobre a doença, alguns indivíduos continuam com estilos de vida que podem dificultar o tratamento”; “nas intervenções de mudanças de comportamento dos hábitos de vida para melhores condições de saúde não basta apenas o encaminhamento a centros especializados”; “o vínculo está bom, mas precisa melhorar o aspecto do acolhimento e das intervenções nas mudanças de comportamento e hábitos”</p>		
CATEGORIAS	INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS	FINAIS

TÍTULO DO ARTIGO	Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose		
	<p>TDO Condução do portador de TB à realização do tratamento Capacitação dos pacientes quanto à tomada de decisões referentes ao seu tratamento Capacitação como promotora da autonomia Vínculo e educação em saúde proporcionando a administração de medicamentos Processo educativo aumentando a autonomia dos pacientes Tornar os pacientes mais responsáveis Intervenções de mudança do comportamento e hábito de vida Vínculo, acolhimento e mudança do comportamento proporcionando o melhor tratamento</p>	<p>Falha no tratamento Responsabilização do paciente Culpabilização do paciente Educação como capacitação Profissionais de saúde como capacitadores Meios individuais para induzir/convencer o paciente ao tratamento Foco na doença e não nas pessoas ou nos doentes (nas experiências) Educação em saúde como uma relação vertical, para proporcionar a adesão ao tratamento</p>	<p>Educação em saúde e mobilização social como uma perspectiva utilitarista e funcionalista</p>
OBSERVAÇÕES	<p>O popular não aparece. Não há menção à experiências de vida das pessoas. Não há menção à real necessidade de transformação da sociedade para o efetivo controle da TB.</p>		

TÍTULO DO ARTIGO	O enfermeiro e a educação em saúde, no atendimento aos portadores de tuberculose (TB) na unidade básica de saúde (Artigo)
AUTORES	Liliana Graciele Pires Araujo, Rejane Alencar Saldanha, Carmen Regina Colonese
ANO	2014
REVISTA	J. res.: fundam. care. online
DESCRITORES	Tuberculose e educação em saúde
TEMA	Profissional da enfermagem como educador no controle da TB na UBS/Enfermeiro como ator na obtenção da adesão ao tratamento
UNIDADES DE REGISTRO	<p>“mesmo com todos os avanços, a eliminação da TB como problema de saúde pública não acontecerá a não ser que novas vacinas ou medicamentos sejam desenvolvidos” (análise realista, sabendo que o contexto não mudará?); doença conhecida, evitável e passível de cura, mas ainda com grande resistência quanto à adesão e continuação do tratamento (como se o simples fato de ser conhecida já justificasse a obrigatoriedade da adesão); educação em saúde como transmissão de informação sobre TB que estimulem o paciente a se tratar; enfermeiro para mudar as pessoas (ninguém educa ninguém, as pessoas educam-se entre si mediatizadas pelo mundo); Estratégia DOTS; foco no tratamento como essencial ao controle da TB; “prática do acolhimento e estabelecimento do vínculo para assegurar a qualidade do cuidado prestado”; “propor soluções em conjunto entre equipe de saúde e usuário” (perspectiva da autonomia ?); “o paciente confia na educação oferecida pelo profissional de saúde e atende corretamente as recomendações por ele ofertadas” (sobre o vínculo; nota-se uma concepção não dialógica de educação, demonstrando contradição com o que foi escrito anteriormente); são apresentados alguns fatores que contribuem para o insucesso da terapêutica; atuação do enfermeiro de modo a capacitar o indivíduo ao entendimento em saúde e à livre tomada de decisão (contradição? Isso é possível? Transmissão de informações e livre tomada de decisões juntas?); insucesso do tratamento por conta da insuficiente organização dos serviços de saúde, do doente mal aderente, do sistema de saúde (não aponta com veemência outros aspectos; há uma ressalva a isso no penúltimo parágrafo); último parágrafo está contraditório.</p>

TÍTULO DO ARTIGO	O enfermeiro e a educação em saúde, no atendimento aos portadores de tuberculose (TB) na unidade básica de saúde (Artigo)		
CATEGORIAS	INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS	FINAIS
	<p>Desenvolvimento de novas tecnologias “duras” (vacina, medicamento) para o controle da TB</p> <p>Doença complexa com difícil adesão ao tratamento</p> <p>Educação em saúde como transmissão de informações</p> <p>Educação em saúde para convencer o paciente a se tratar</p> <p>Profissional de saúde para mudar as pessoas</p> <p>DOTS</p> <p>Tratamento como essencial ao controle da TB</p> <p>Acolhimento e vínculo para assegurar qualidade do cuidado</p> <p>* Proposição de soluções em conjunto (isolado; contradição)</p> <p>Vínculo como perspectiva de geração de confiança e convencimento do paciente</p> <p>Educação como recomendações</p> <p>Insucesso da terapêutica justificada pelo aspecto da assistência, da gestão e do indivíduo</p> <p>Profissional de saúde para capacitar as pessoas</p>	<p>Educação em saúde como oferta, não dialógica, como uma relação vertical entre profissional e usuário</p> <p>Acolhimento e vínculo para assegurar qualidade do cuidado</p> <p>Acolhimento e vínculo para persuadir o tratamento</p> <p>Educação em saúde para proporcionar a adesão ao tratamento</p> <p>Educação não transformadora, não libertadora</p> <p>Controle da Tb dependente de aspectos do sistema de saúde, do serviço, dos profissionais, dos pacientes</p>	<p>Educação em Saúde e mobilização social como uma perspectiva utilitarista e funcionalista</p>
OBSERVAÇÕES	<p>O texto em dois trechos apresenta-se contraditório quando fala de acolhimento e vínculo e de educação em saúde. “Proposição de soluções em conjunto” (profissional e usuário). Cita este trecho, porém não cita exemplos ou proposições/formas de trabalho possíveis. Pelo contrário, ao longo do texto fala de formas não dialógicas de educação em saúde</p>		

TÍTULO DO ARTIGO	Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil
AUTORES	Ezio Távora dos Santos Filho, Zaira Machado dos Santos Gomes
ANO	2007
REVISTA	Revista de Saúde Pública
DESCRITORES	Tuberculose e Mobilização Social
TEMA	Participação da sociedade civil no problema da tuberculose
UNIDADES DE REGISTRO	<p>Cenário político que favoreceu o aparecimento da sociedade civil; mudança no cenário brasileiro da TB; sociedade civil como organização de caráter comunitário, associações de moradores, grupos de representações de minorias, organizações de assistências; organizações comunitárias em torno da TB é recente; antes carecia do componente comunitário; participação dos “usuários” como requisito na composição dos conselhos de saúde; Declaração de Amsterdã para o combate a TB; parcerias com ONGs, com comunidade e outros setores relevantes; agências de cooperação internacionais passaram a financiar; “a ausência de monitoramento das políticas públicas em TB por parte a sociedade civil favorecia a morosidade, a falta de transparência e a ineficiência das ações e políticas governamentais” (fiscalização?); gerências estaduais e municipais passaram a elaborar suas próprias estratégias de mobilização da sociedade civil; mobilização social no Brasil nos últimos anos não ocorreu de forma espontânea; “população de baixa renda, que enfrenta estigma pela doença e acesso restrito à assistência à saúde, não se pode esperar reações espontâneas e politicamente articuladas” (a que modelo de mobilização social estão se referindo? Pessoas de baixa renda não conseguiriam mesmo se manifestar espontaneamente? Essa é uma visão realista?); “ações (apenas) com o intuito de promover articulação e visibilidade do problema” (divulgação de informações, capacitação, ; participação da sociedade civil de forma institucionalizada; em 2007 havia um contexto de muito investimento financeiro que necessitava ser aproveitado (grifo meu); setores governamental e acadêmico em crescente interlocução e parceria com o setor comunitário; “os financiadores internacionais apresentavam-se sensíveis às demandas por mobilização social e monitoramento de políticas em TB” (o que tem por trás desses interesses de financiadores internacionais?); governo não acostumado com o processo participativo; “<i>momentum</i> é muito favorável”;</p>

TÍTULO DO ARTIGO	Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil		
CATEGORIAS	INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS	FINAIS
	<p>Cenário político que favoreceu a mobilização social <i>Momentum</i> muito favorável Conceito de sociedade civil Mobilização social em TB é recente Participação e conselhos de saúde Mobilização social e controle social Parcerias Financiamento de agências de cooperação internacionais Mobilização social como fiscalização Mobilização organizada por gerências estaduais e municipais Aproveitamento do momento Mobilização em TB não é espontânea Pessoas de baixa renda não possuem reações espontâneas e politicamente articuladas Mobilização social para articular e dar visibilidade ao problema Participação de forma institucionalizada</p>	<p>Momento político nacional e internacional favorável à Mobilização social em TB Financiamento internacional Mobilização social não espontânea e feito de forma institucionalizada Mobilização social em TB como fiscalização, articulação e meio para dar visibilidade ao problema</p>	<p>Mobilização social em TB incentivada pela conjuntura favorável, principalmente pelo apoio financeiro</p>
OBSERVAÇÕES	Apesar de surgir a mobilização social, a participação da sociedade civil, a inserção da comunidade, não surge o conhecimento popular no texto.		

TÍTULO DO ARTIGO	Organização social e controle da tuberculose: a experiência de um município brasileiro
AUTORES	Alexandre Favero Bulgarelli, Tereza Cristina Scatena Villa, Ione Carvalho Pinto
ANO	2013
REVISTA	Rev. Lat-Americana de Enf
DESCRITORES	Tuberculose e Controle Social; Tuberculose e Participação Social
TEMA	Participação social em TB e controle social num município brasileiro
UNIDADES DE REGISTRO	<p>“sociedade civil passa a influenciar a gestão dos sistemas públicos de saúde”; “sociedade civil organizada como participante ativa nas tomadas de decisões e são vistas como fornecedoras de informações para intervenções no controle da TB” (que sociedade civil é essa? como é essa participação?); “a sociedade civil, ao participar ativamente em instâncias de negociações micropolítica, faz com que seus atores tenham credibilidade para deliberação e legitimidade para trabalhar o controle da TB”; “gestores, usuários, trabalhadores do SUS e pesquisadores”; “participação social e controle da TB tem uma relação pouco estabelecida”; “escasso conhecimento científico sobre o tema”; “comitê de TB surgido por iniciativa de profissionais da saúde, professores universitários e membros da secretaria de saúde do município”; “proatividade do comitê” (?); “função do comitê: pensar coletivamente e construir conjuntamente”; “ações do comitê: treinamentos de profissional para diagnóstico, coleta de material. campanha de vacinação e busca ativa de doentes, tratamento supervisionado, construção de objetos de pesquisa, sensibilização da população e outras”; “cogestão” (sem a população); “parcerias entre sociedade civil e serviços de saúde: fundamentais no controle de doenças endêmicas, construção de práticas gerenciais, convergência de interesses comuns, fortalecimento de sistemas de informação, bem como o contínuo fortalecimento das pessoas envolvidas”; “proatividade”; “tentativa de focar nas populações mais vulneráveis”; “participação social: conversa entre civis e o serviço público de saúde” (quem são esses civis?); “comitê é efetivo graças ao modelo de atenção à saúde”; “modelo de vigilância em saúde”; “o município encontra no Comitê o suporte para a construção e orientação de práticas de vigilância da TB e suas morbidades”; “iniciou como um comitê informal (professores universitários, profissionais do serviço e representantes da secretaria de saúde municipal), depois estruturou-se como um componente formal da secretaria de saúde do município” (algo bom e ruim ao mesmo tempo, pois permitiu o acesso à gestão, mas pode ter sido uma cooptação, como se fosse duas faces); “a sociedade civil depende do empoderamento para cumprir a tarefa de defender ações coletivas na promoção de mudanças estruturais e do contexto de saúde”; “uma lógica de gestão em que o município proporcione o espaço de cogestão para que um comitê de pessoas lute em prol da saúde da população” (a população precisa de salvadores?)</p>

TÍTULO DO ARTIGO	Organização social e controle da tuberculose: a experiência de um município brasileiro		
CATEGORIAS	INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS	FINAIS
	<p>Sociedade civil na gestão do SUS Sociedade civil organizada sendo importante para a tomada de decisões Participação social e controle da TB tem uma relação pouco estabelecida Escasso conhecimento científico sobre o tema Comitê de TB surgido por iniciativa de profissionais da saúde, professores universitários e membros da secretaria de saúde do município Ações do comitê voltada para o diagnóstico, para a coleta de material, para a campanha de vacinação, busca ativa de doentes, TDO... Parceria: sociedade civil e serviços de saúde Passou de um comitê informal a um componente formal da prefeitura Sociedade civil precisa ser empoderada</p>	<p>Participação social é necessária ao controle da TB Participação social institucionalizada (espaço formal) Participação social funciona bem se o governo permitir Participação Social em TB surgida de forma não espontânea Participação social como controle social Pequena produção científica sobre participação social e tuberculose Sociedade civil útil para o controle da doença Ações voltadas para diagnóstico, tratamento e cura, não para a problematização do problema</p>	<p>Participação Social em TB institucionalizada, como um espaço formal (uma interlocução com os poderes Executivo e Legislativo) Participação comunitária em TB pouco desenvolvida e pouco referida na produção científica Educação em saúde e mobilização social como uma perspectiva funcionalista e utilitarista Mobilização Social como uma “novidade” e uma demonstração da necessidade de mudanças na abordagem para o controle da TB</p>
OBSERVAÇÕES	<p>Há associação entre a participação da sociedade civil organizada, no controle da TB, com o espaço de gestão do município ? Mobilização social utilitarista? Funcionalista? Foco em ações como busca ativa de caso e tratamento diretamente observado Fala-se positivamente do modelo de gestão do município Fala da importância de comitês específicos, como o da TB, na tomada de decisões para a saúde do município. Para cada agravo ou doença ou problema seria necessária a criação de um comitê? Fala-se em cogestão, mas não se fala na população em geral Conversa com civis (universidade, profissionais...) Comitê que lute pela população (concepção autoritária?)</p>		

TÍTULO DO ARTIGO	Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária
AUTORES	Márcio Curto, Lúcia Marina Scatena, Rubia Laine de Paula Andrade, Pedro Fredemir Palha, Elisângela Gisele de Assis, Beatriz Estuque Scatolin, Tereza Cristina Scatena Villa
ANO	2010
REVISTA	Rev. Lat-Americana de Enf
DESCRITORES	Tuberculose e Mobilização Comunitária
TEMA	Participação comunitária no controle da TB. Avaliação sob a percepção dos doentes (dentro da concepção dos autores do que seja Participação Comunitária)
UNIDADES DE REGISTRO	<p>“modificação, no Brasil, do cenário político de enfrentamento da TB, com destaque para a participação da sociedade civil”; “o Ministério da Saúde destaca que os profissionais da saúde devem mobilizar a comunidade para identificar tossidores crônicos, nas famílias, clubes, igrejas e comunidades fechadas e encaminhá-los para a realização do exame de escarro” (mobilização não espontânea; realista, apesar de nada libertador); “idéia de capacitar e utilizar voluntários na comunidade para a realização do tratamento supervisionado” (empoderamento?); “pessoas curadas incentivando e motivando doentes recém diagnosticados a aderir o tratamento”; “cenário atual brasileiro: indiscutível e imprescindível a atuação do setor comunitário”; “raridade encontrar estudos que abordam o envolvimento da comunidade”; “94% dos doentes responderam que nunca observaram a equipe realizar atividades extramuros para o controle da TB”; “95% afirmaram que a equipe nunca solicita a participação de representantes da comunidade para discutir os problemas da TB”; “ausência da entrega de pote para a coleta de escarro”; “necessidade de parcerias”; “superar a visão de que os pobres são incapazes de cuidarem de si mesmos”; “investir em posturas e práticas inovadoras e na disseminação de experiências alternativas que caminhem em direção à autonomia e à autoconfiança” (como sinônimo de empoderamento); “dificuldades das instituições governamentais em lidar com a mobilização comunitária”; “resultados apontaram que as ações de controle da Tb pelos profissionais de saúde não envolvem a comunidade”;</p>

TÍTULO DO ARTIGO	Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária		
CATEGORIAS	INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS	FINAIS
	Modificação do cenário político Participação da sociedade civil Mobilização social não espontânea Capacitação da comunidade Foco no TDO Estudos raros sobre TB e comunidade A equipe não envolve a comunidade Parcerias necessárias Instituições governamentais não sabem lidar com mobilização comunitária	Participação comunitária favorecida pelo cenário político do Brasil Pouca participação da comunidade no controle da TB Mobilização comunitária para garantir diagnóstico, tratamento e cura, não para problematizar Mobilização comunitária sem a perspectiva da transformação social	Participação comunitária (mobilização social e educação em saúde) como uma perspectiva funcionalista e utilitarista Participação comunitária incentivada pela conjuntura favorável, principalmente pelo apoio financeiro
OBSERVAÇÕES	Algumas orientações e apontamentos meio prescritivos Mobilização comunitária funcionalista		

TÍTULO DO ARTIGO	Organizações Não Governamentais de tuberculose do Rio de Janeiro, Brasil: motivações e vínculos na primeira década do século XXI
AUTORES	Vivian Albuquerque Abreu dos Santos, Fabiana Barbosa Assumpção de Souza, Fátima Teresinha Scarparo Cunha
ANO	2016
REVISTA	Interface comunicação saúde educação
DESCRITORES	Tuberculose e Participação Social
TEMA	Motivações e trajetórias que levaram os representantes de ONGs a aderirem a luta (participação social) dentro da questão da TB
UNIDADES DE REGISTRO	<p>“interesse pela TB a partir do ativismo dos sujeitos afetados pela aids”; ONGs surgiram com a mesma mística dos movimentos sociais, evitando partidos e sindicatos e proclamando autonomia em relação ao Estado” (contradição, uma vez que dependem, na maioria das vezes, financeiramente do Estado); “estratégias implementadas na luta contra a TB: origem nos protagonistas do movimento de pessoas afetadas pelo HIV ou portadoras da AIDS”; “Fórum ONG TB como interlocutor com os poderes Executivo e Legislativo, vocalizando demandas sociais reprimidas”; “representantes das ONGs buscam seus próprio referenciais na cultura política acumulada em sua história, em experiências vivenciadas”; “pelo surgimento a partir da AIDS/HIV o objetivo do Fórum acaba sendo o de dar visibilidade às necessidades das pessoas com coinfeção”; “ambiguidade das ONGs” (dependem fortemente do financiamento do Estado e/ou de empresas capitalistas); “transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade civil” (mas se a sociedade civil não tentar fazer o Estado não vai fazer de qualquer jeito; é complexo); “o movimento em torno do HIV/AIDS foi muito importante para que o Estado respondesse à urgência daquela doença”; “profissionalização” (a partir dos movimentos em torno da AIDS); “alguns representantes do Fórum não tinham como ação prioritária a luta contra a TB”; “coinfeção e possibilidades de ações financiadas pelo governo brasileiro e por entidades internacionais fazem os movimentos sociais organizados aderirem a questão da TB”; “Fórum, apesar de exemplo para outras experiências similares, não revela a fragilidade da população atingida pela doença, fruto da desigualdade social, da concentração de renda e da exclusão”; “vínculos pessoais com a coinfeção mobilizou sujeitos para a defesa dos afetados pela TB e/ou pelas pessoas em risco”.</p>

TÍTULO DO ARTIGO	Organizações Não Governamentais de tuberculose do Rio de Janeiro, Brasil: motivações e vínculos na primeira década do século XXI		
CATEGORIAS	INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS	FINAIS
	<p>Mobilização social em TB a partir da AIDS Participação de ONGs Interlocação com os poderes Executivo e Legislativo Coinfecção HIV/TB Transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade civil Profissionalização e participação social Possibilidade de financiamento pelo governo Fórum de TB sem revelar as condições de vida e as desigualdades sociais Motivações fortemente pessoais para as ONGs</p>	<p>Participação Social através de ONGs Participação Social como uma interlocação com os poderes Executivo e Legislativo Participação social em TB como herança da participação social em HIV/AIDS “Profissionalização” em participação social Pessoas fazem mobilização social fortemente influenciadas por motivações particulares</p>	<p>Participação Social incentivada pela conjuntura favorável, principalmente pelo apoio financeiro Mobilização Social como uma “novidade” e uma demonstração da necessidade de mudanças na abordagem para o controle da TB</p>
OBSERVAÇÕES	<p>Tensão: desejos pessoais ou que é pra ser defendido x o que é ou tem sido defendido Vínculos pessoais com o tema mobilizaram os atores Quando havia cenário político e financiamento para a questão do HIV/AIDS, as ONGs se organizaram nisso. Depois, com o surgimento de financiamento para a questão da TB e as respostas do Estado à questão da AIDS, bem como a própria coinfecção, os representantes se vincularam à questão da TB ONGs sem revelar a realidade complexa da questão da TB</p>		