



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE - UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPESP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO - PPGDC

LUIZ AUGUSTO KLOSOWSKI

**AS INIQUIDADES EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS DETERMINANTES
RELATIVOS AO ADOECIMENTO POR TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE
GUARAPUAVA NO PERÍODO DE 2005 A 2015.**

IRATI
2017

LUIZ AUGUSTO KLOSOWSKI

**AS INIQUIDADES EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS DETERMINANTES
RELATIVOS AO ADOECIMENTO POR TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE
GUARAPUAVA NO PERÍODO DE 2005 A 2015.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento Comunitário.
Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro

IRATI
2017

Bibliotecária Natália da Silva Sampaio Bello CRB9/1782

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

K66 Klosowski, Luiz Augusto.
As iniquidades em saúde: uma análise dos determinantes relativos ao adoecimento por tuberculose no município de Guarapuava no período de 2005 a 2015 / Luiz Augusto Klosowski. – Irati, 2017.

54 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro.
Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento comunitário – PPGDC) – Universidade Estadual do Centro-Oeste, 2017.

1.Determinantes sociais da saúde. 2.Saúde Pública
3.Tuberculose – Guarapuava. I. Carraro, Emerson. II. Título.



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

LUIZ AUGUSTO KLOSOWSKI

AS INIQUIDADES EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS DETERMINANTES RELATIVOS AO ADOECIMENTO POR TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA NO PERÍODO DE 2005 A 2015

Dissertação aprovada em 10/10/2017 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro

Instituição: UNICENTRO

Prof. Dr. Paulo Cesar Ghedini

Instituição: UFG

Prof. Dr. Marcos Ereno Auler

Instituição: UNICENTRO

Irati, 10 de outubro de 2017.

Home Page: <http://www.unicentro.br>

Campus Santa Cruz: Rua Salvatore Renna – Padre Salvador, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus CEDETEG: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Irati: PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

Dedico essa dissertação às pessoas que contribuem para construção do conhecimento e acreditam que a educação é o caminho de empoderamento para um estado completo de bem-estar físico, mental e social.

AGRADECIMENTOS

Agradecer, é reconhecer que fomos criados para interdependeer uns dos outros. Devemos assim, pedir diariamente ao Senhor a benção de reconhecermos e agradecermos às pessoas que estão ao nosso lado.

Com esse pensamento, quero iniciar esses agradecimentos, reconhecendo a ação do Espírito Santo em minha vida, principalmente todas as vezes que precisei viajar até a cidade de Irati para participar das aulas, superando limites, que apenas Ele, naquele momento, poderia oferecer acalento ao meu coração.

À minha família, Roseli (mãe), Airton (pai), Hulyana (irmã), Eduardo (cunhado), Maria Valentina (sobrinha), por serem meu alicerce e a materialização do amor fazendo-me a pessoa mais amada do mundo.

À minha noiva, Viviane, por entender as minhas ausências, estar sempre ao meu lado nos momentos difíceis, comemorar os momentos de vitórias e fazer-me um homem amado e feliz.

Aos colegas do mestrado, que tornaram a caminhada leve, escrevendo mais um capítulo importante e ao mesmo tempo divertido da história da minha vida.

Ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, pela possibilidade de crescimento. A todos os professores do Programa, pelos ensinamentos prestados e por tantos momentos de crescimento pessoal.

E, de maneira mais que especial, quero agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Emerson Carraro. Passar ao seu lado esse período, tornou-me uma pessoa melhor. Meus sinceros agradecimentos pela consideração, carinho, amizade e confiança. A você minha eterna admiração e respeito.

“Seus sonhos são as letras do livro que sua vida está escrevendo”
(Paulo Coelho).

RESUMO

A tuberculose é uma das doenças mais antigas da humanidade, traz o peso de um histórico estigma e continua sendo um dos grandes desafios da Saúde Pública. É notório que a população não tem a percepção de que a tuberculose é um problema de saúde pública mundial, e ainda milhares de pessoas adoecem e morrem devido à doença e suas complicações. Desse modo, o objetivo foi analisar as representações sociais de pessoas portadoras de tuberculose, bem como a distribuição espacial dos casos da doença no município de Guarapuava, estado do Paraná, relacionando-as com o nível de escolaridade dos pacientes notificados. Verificando ainda, a existência de um padrão espacial de distribuição da taxa de incidência da doença na cidade, bem como o comportamento dos casos diagnosticados de tuberculose nos bairros do município. Trata-se de um estudo que utilizou-se do método misto, isto é, qualitativo e quantitativo, considerando os objetivos é exploratório-descritivo, de natureza aplicada e análise documental. Com relação ao método de coleta de dados, foram utilizadas fontes secundárias de notificação no SINAN. O estudo descreve 316 casos de TB notificados durante os 10 anos avaliados, com incidência variando de 0,101/ 1.000hab a 0,288/ 1.000hab. Não foi demonstrado um padrão espacial de distribuição da doença na cidade, apesar de um grande número de casos serem notificados nos bairros periféricos do município. Um maior número de casos também foi notificado em pessoas de baixa escolaridade e em faixa etária que corresponde à idade economicamente ativa. Assim, sugerimos que tais grupos populacionais devem ser prioridade do poder público em políticas públicas que considerem estratégias no processo de enfrentamento da tuberculose para que a vulnerabilidade ao adoecimento seja modificada. Apesar de Guarapuava apresentar uma situação relativamente controlada da tuberculose, as iniquidades relativas a essa doença precisam de uma atenção maior, a fim de conferir às pessoas uma situação digna de vida, que é um passo importante para que atinja-se em 2035 o objetivo proposto pela OMS, que é a erradicação da tuberculose no país.

Palavras Chave: Determinantes Sociais da Saúde, Saúde Pública, Tuberculose.

ABSTRACT

Tuberculosis is one of the oldest diseases of mankind, carries the weight of a historical stigma and continues to be one of the great challenges of Public Health. It is notorious that the population does not have the perception that tuberculosis is a global public health problem and still thousands of people become ill and die due to the disease and its complications. Thus, the objective was to analyze the social representations of people with tuberculosis, as well as the spatial distribution of the cases of the disease in the city of Guarapuava, state of Paraná, relating them to the level of schooling of the notified patients. Also, the existence of a spatial distribution pattern of the incidence rate of the disease in the city, as well as the behavior of the diagnosed cases of tuberculosis in the city districts. This is a study that used the mixed method, that is qualitative and quantitative, considering the objectives is exploratory-descriptive, applied nature and documentary analysis. Regarding the method of data collection, secondary sources were used. The study describes 316 cases of TB notified during the 10 years evaluated, with incidence ranging from 0.101/ 1.000hab to 0.288/ 1.000hab. It has not been demonstrated a spatial pattern of distribution of the disease in the city, although a large number of cases being reported in the suburbs of the city. A greater number of cases was also notified in people of lower educational level and age group that corresponds to the economically active age. So, we suggest such groups that should be a priority of the Government in public policy to consider in the process of coping strategies of tuberculosis so that the vulnerability to illness from being modified. Although Guarapuava present a relatively controlled situation of tuberculosis, the iniquities concerning this disease need greater attention, in order to give people a situation worthy of life, which is an important step to reach in 2035 the goal proposed by the who, which is the Elimination of tuberculosis in the country.

Key Words: Social Determinants of Health, Public Health, Tuberculosis

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1 - Marco Conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde	16
Figura 2 - Diagnóstico da TB Considerando os Determinantes Sociais	20
Figura 3 - Mapa dos bairros do município de Guarapuava de acordo com o total acumulado de número de casos de TB de 2005 a 2015.	43
Gráfico 1 - Incidência da TB no Brasil no Período de 2001 a 2035 (por mil/hab).....	27
Gráfico 2 – Número de Casos Novos de TB Região Sul 2011-2016 /100.000 ha.....	39
Quadro 1 - Número de notificações e óbitos de TB segundo o ano de notificação. ...	37
Quadro 2 – Comparativo de incidência da TB, por localização afeta a Guarapuava.	38
Tabela 1 – Casos Novos Notificados de TB em Guarapuava – PR segundo ano de diagnóstico.	35
Tabela 2 - Número de casos por bairro no período de 2005 a 2015	40
Tabela 3 - Ano de Notificação do Diagnóstico da TB segundo a Escolaridade.....	44
Tabela 4 - Distribuição dos casos de TB notificados por sexo e faixa etária.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMPDS – Ambulatório Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária

CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Serviço Único de Saúde

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

TB – Tuberculose

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	OBJETIVOS	13
1.1.1	Objetivo Geral	13
1.1.2	Objetivos Específicos	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	AS INIQUIDADES EM SAÚDE E O PROCESSO DE ADOECIMENTO: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	14
2.1.1	A Educação como Determinante Social de Saúde.....	18
2.1.2	Aspectos Sociais e Iniquidades relativas a TB.....	19
2.1.3	Aspectos Históricos da TB	21
2.1.4	Aspectos clínicos e epidemiológicos da TB	28
3	METODOLOGIA	31
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	31
3.2	COLETA DE DADOS	32
3.3	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ANALISADA.....	33
3.4	ANÁLISE DE DADOS	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

O ser humano é caracterizado por sua necessidade de relação com o outro, um ser sociável. Conforme Mondin (1986, p.154), o homem tem a "propensão para viver junto com os outros e comunicar-se com eles, torná-los participantes das próprias experiências e dos próprios desejos, conviver com eles as mesmas emoções e os mesmos bens." Deste modo, são criadas as comunidades, uma relação dialética, com influência mútua, dando origem a vida em comunidade tornando-os parte de um grupo social.

Decorrentes desse padrão de vida, os problemas mundiais ligados à educação, saúde, trabalho/renda, moradia/sanitários, até afluir aos problemas de ordem econômica, têm sido tema de grandes debates na sociedade global, discussões essas inerentes às facetas da vida em comunidade, sendo a saúde, um fator que possui grande influência na problematização de todos os outros fatores relacionados. Corroboram com esse entendimento autores como Solar e Irwin, (2005), Carvalho, (2013), Pellegrini Filho, (2011), Buss e Pellegrini Filho, (2006), relacionando o estado de saúde de uma pessoa ou um grupo de pessoas definido por determinantes sociais.

Partindo deste conceito, a Tuberculose (TB) é um exemplo típico dos agravos de saúde que são influenciados por determinantes sociais. Além disso, estudos demonstram que a TB possui relação direta com a pobreza e a exclusão, no qual o estigma tem sido considerado um indicador importante desta relação, pois ainda leva o indivíduo à marginalização e/ou à exclusão de suas relações sociais, causando forte impacto na vida da pessoa e de sua família (TOUSO *et al.*, 2014).

É notório que a população não tem a percepção de que a TB é um problema de saúde pública mundial e ainda milhares de pessoas adoecem e morrem devido à doença e suas complicações. Segundo Brasil (2017), durante a Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida no ano de 2014, os países aprovaram a nova estratégia de enfrentamento da TB, que tem como principal objetivo a erradicação da doença até o ano de 2035. Dentre os países participantes, se destacou o Brasil principalmente por sua experiência com o Sistema Único de Saúde e com a Rede de Pesquisa em Tuberculose do Brasil (Rede-TB).

Para o Ministério da Saúde, desde 2003, o combate a TB é considerado prioridade e, a doença tem o diagnóstico e tratamento realizados de forma universal

e gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, ainda persistem diversas barreiras no acesso aos serviços que resultam em aproximadamente 69 mil casos novos e 4.500 óbitos a cada ano devido à TB (BRASIL, 2017).

Assim, compreender questões relacionadas à TB é de sobremaneira importante, pois além de traçar um perfil epidemiológico do município acerca da doença estudada, os dados podem servir para realização de ações efetivas por parte do poder público no que diz respeito a prevenção, em seu enfrentamento, objetivando dispor à população uma melhor qualidade de vida (RUFFINO NETO, 2002).

Considerando as questões acima descritas, para Ruffino Neto (2002), estudar aspectos relativos às iniquidades são de suma importância, pois trazem à tona problemáticas inerentes ao desenvolvimento comunitário e de grande relevância social, uma vez que podem contribuir para a melhor entendimento do processo saúde-doença. Também possuem caráter científico, pois elucidam a compreensão de qual seja o processo de adoecimento, como por exemplo da TB, que é tema central de discussão dessa pesquisa.

Após ter sido exposto o panorama geral em que o tema desta pesquisa está inserido, sua relevância para o desenvolvimento comunitário, bem como a justificativa para a sua elaboração, é importante destacar os objetivos desse estudo.

Logo, o objetivo foi analisar as representações sociais de pessoas portadoras de TB, bem como a distribuição espacial dos casos da doença no município de Guarapuava-PR, relacionando-as com o nível de escolaridade dos pacientes notificados. Verificando ainda, a existência de um padrão espacial de distribuição da taxa de incidência da doença na cidade, bem como o comportamento dos casos diagnosticados de TB nos bairros da cidade.

Assim, almeja-se ter contribuído de forma efetiva com o município de Guarapuava, com a construção do conhecimento no que diz respeito aos determinantes sociais da tuberculose, pois, segundo Brasil (2017), mesmo com os avanços ocorridos ao longo do tempo, a TB ainda é considerada um sério problema de saúde pública, influenciada por alguns determinantes sociais, que revelam seu impacto perverso nas pessoas que encontram-se em situação de vulnerabilidade social.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar as representações sociais de pessoas portadoras de TB no município de Guarapuava-PR no período entre 2005 e 2015.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a. Descrever as características dos casos diagnosticados de TB da cidade de Guarapuava-PR, durante um período de 10 anos;
- b. Verificar a existência de um padrão espacial de distribuição da taxa de incidência de TB nos bairros da cidade de Guarapuava-PR;
- c. Analisar a correlação entre o nível de escolaridade e os casos de TB.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esse capítulo destina-se a unir informações relevantes ao contágio bem como do processo de adoecimento pela TB. No entanto, como essa enfermidade possui caráter complexo do ponto de vista das iniquidades relacionadas a doença, é necessário entender como se dá o processo saúde/doença e seus determinantes sociais.

Por esse motivo, o trabalho seguirá dissertando sobre conceitos relativos às iniquidades em saúde e o processo de adoecimento no que diz respeito aos determinantes sociais da saúde. Posteriormente, delimitando as questões relativas a educação como determinante social de saúde e Aspectos Sociais e Iniquidades relativas à TB, concluindo com os aspectos históricos da enfermidade aqui discutida.

2.1 AS INIQUIDADES EM SAÚDE E O PROCESSO DE ADOECIMENTO: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

As circunstâncias que levam as pessoas a adoecerem, as chamadas iniquidades, têm suas origens na estratificação social, isto é, na classificação das pessoas em grupos conforme suas condições socioeconômicas. Desta forma, a iniquidade em saúde é uma categoria moral, pois diz respeito às condições de vida das pessoas sendo profundamente inserida na realidade política e nas negociações das relações sociais de poder (SOLAR e IRWIN, 2005).

Ainda segundo Solar e Irwin (2005), com o passar dos anos novas necessidades foram sendo criadas pela sociedade, gerando também novos determinantes sociais. Por vezes, esses determinantes possuíam grau de complexidade elevado, tornando-se um grande obstáculo para o Estado despreparado no que diz respeito ao seu enfrentamento.

Nessa perspectiva, analisando o histórico do processo saúde/doença é possível dizer que hoje há fatores determinantes que antes não existiam, a exemplo do acentuado processo de urbanização, as questões relativas à poluição do meio ambiente, o envelhecimento da população, o aumento da concentração de renda, o desemprego estrutural, entre vários outros fatores característicos da evolução da sociedade. Isso sem falar nos problemas oriundos do aumento populacional e do

aumento da expectativa de vida das pessoas. Sendo papel do governo formular políticas públicas que possam considerar e compreender essa maior complexidade do processo de manutenção da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2011).

Segundo relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS (2008, p. 05), as relações entre os determinantes sociais e a saúde possuem caráter hierarquizado e componentes distais e proximais, como os sociais, econômicos e os diretamente relacionados ao modo de vida das pessoas, sendo distintos os fatores que afetam a situação de saúde de grupos e de indivíduos, compreendendo também os seguintes itens:

- Situação e tendências da evolução demográfica, social e econômica do país: traça um panorama geral de referência para a análise da situação de saúde, descrevendo a evolução destes macro determinantes, particularmente nas últimas quatro décadas. Inclui dados sobre crescimento populacional, fecundidade, mortalidade, migrações, urbanização, estrutura do mercado de trabalho, distribuição de renda e educação;
- A estratificação socioeconômica e a saúde: apresenta a situação atual e tendências da situação de saúde no país, destacando as desigualdades de saúde segundo variáveis de estratificação socioeconômica, como renda, escolaridade, gênero e local de moradia;
- Condições de vida, ambiente e trabalho: apresenta as relações entre situação de saúde e condições de vida, ambiente e trabalho, com ênfase nas relações entre saneamento, alimentação, habitação, ambiente de trabalho, poluição, acesso à informação e serviços de saúde e seu impacto nas condições de saúde dos diversos grupos da população;
- Redes sociais, comunitárias e saúde: inclui evidências sobre a organização comunitária e redes de solidariedade e apoio para a melhoria da situação de saúde, destacando particularmente o grau de desenvolvimento dessas redes nos grupos sociais mais desfavorecidos;
- Comportamentos, estilos de vida e saúde: inclui evidências existentes no Brasil sobre condutas de risco como hábito de fumar, alcoolismo, sedentarismo, dieta inadequada, entre outros, segundo os diferentes estratos socioeconômicos da população;
- Saúde materno-infantil e saúde indígena: por sua importância social e por apresentarem necessidades específicas de políticas públicas, são dedicadas seções especiais sobre saúde materno-infantil e saúde indígena (CNDSS, 2008, p. 05).

Como observado, são vários os determinantes considerados e apresentados pelo CNDSS. Porém, nem todos os determinantes são igualmente importantes no estudo de determinadas doenças. De modo geral, pode-se destacar os determinantes que geram estratificação social, como a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências e estruturas políticas e de governança que provocam o efeito contrário do que se espera do poder público,

alimentam, em vez de reduzir, as iniquidades relativas ao poder econômico (CARVALHO, 2013).

Além disso, para Carvalho (2013, p. 19; p. 20), estão entre os mecanismos geradores e mantenedores desse modelo de estratificação:

[...] as estruturas de propriedade dos meios de produção e a distribuição de poder entre as classes sociais, e as correspondentes instituições de governança formais e informais; sistemas de educação, estruturas de mercado ligadas ao trabalho e aos produtos; sistemas financeiros, o nível de atenção dado a considerações distributivas no processo de formulação de políticas; e a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social. Esses mecanismos estruturais, que alteram o posicionamento social dos indivíduos, são a causa mais profunda das iniquidades em saúde. São essas diferenças que — com seu impacto sobre determinantes intermediários como as condições devida, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e/ou biológicos e o próprio sistema de saúde — dão forma às condições de saúde dos indivíduos (CARVALHO, 2013, p.19; p. 20).

Esse conceito, visualizado na Figura 01, representando o Marco Conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde, adotado pela OMS em seu relatório sobre a prática em políticas relacionadas à determinantes sociais da saúde (OMS, 2011).

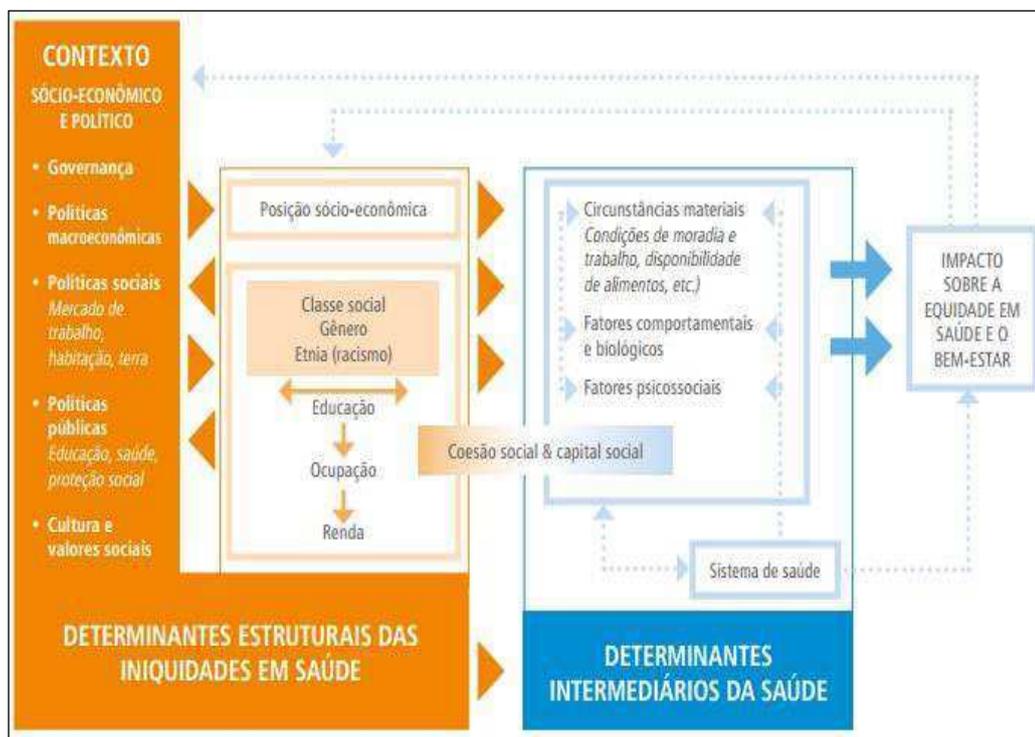


Figura 1 - Marco Conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde
Fonte: Solar e Irwin, 2010 in OMS, 2011.

Como evidencia o modelo, os determinantes estruturais abrangem a distribuição de renda, o preconceito baseado em valores relativos a gênero e etnia, e os determinantes intermediários materializam-se nos aspectos psicossociais, nos elementos comportamentais e/ou biológicos, nas condições de vida, e no próprio sistema de saúde (CARVALHO, 2013).

Vale salientar que a caracterização da população no que diz respeito à saúde/doença, como já foi reforçado, não é ao acaso, mas corresponde a estratificação socioeconômica. O estado de saúde de uma pessoa ou um grupo de pessoas é definitivamente definido também pela sua posição social (PELLEGRINI FILHO, 2011).

O Brasil apresenta graves iniquidades na distribuição de renda, deste modo, possuindo um grande contingente populacional vivendo em condições precárias e sem acesso às condições mínimas e bens essenciais à saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2006).

É inegável que, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e mais recentemente com a Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) depois rebatizado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), foram obtidos grandes avanços em termos de expansão de oferta e cobertura dos serviços, porém é importante salientar que ainda persistem acentuadas disparidades entre grupos sociais e entre regiões (MAGALHÃES; BURTLANDY; SENNA, 2007).

Mesmo com esses avanços, em relação aos determinantes sociais da Tuberculose (doença que será chamada de forma abreviada neste trabalho como TB) a maioria dos doentes enfrenta dificuldades de ordem econômica e social para o acesso ao diagnóstico e tratamento da doença necessitando de incentivos e benefícios. Ademais, existe grande parte dos gestores da saúde pública que desconhecem os recursos aplicados nas ações de controle da TB (VILLA *et al.*, 2009).

Além disso, o conhecimento sobre Iniquidades em Saúde entre grupos e indivíduos, isto é, aquelas desigualdades de saúde como ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde de populações ou grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos, são fundamentais para a elaboração de Políticas Públicas resolutivas e eficazes para as populações que de fato necessitam dos serviços disponibilizados pelo poder público (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2006).

2.1.1 A Educação como Determinante Social de Saúde

Pelaquin, Silva e Ribeiro (2007), elencam a educação como um dos fatores de grande relevância na determinação da saúde, haja vista estar relacionada ao empoderamento do paciente, no que diz respeito a concepção de sua posição social e no reconhecimento das iniquidades. A respeito disso, Haidar *et al.* (2001), relata que foram encontradas associações de significância estatística entre a menor escolaridade materna e um menor número de consultas médicas no pré-natal. Atrelado a esse fato, obtiveram casos de baixo peso ao nascer e histórico progresso de filhos mortos.

Corroboram com esse entendimento estudos de Romani e Lira (2004), que relacionam a baixa escolaridade com uma maior mortalidade materna e infantil, contribuindo também para o deficit de crescimento e desenvolvimento pós-natal, tornando-as mais vulneráveis à ocorrência de doenças frequentes. Posteriormente, essas crianças poderiam estar associadas a um menor rendimento escolar, desencadeando um ciclo vicioso.

Pode-se encontrar melhor entendimento da importância da educação nos seguintes fatores, apontados por Pelaquin, Silva e Ribeiro (2007, p. 316):

[...] os indivíduos com menor escolaridade, que frequentemente está associada a diversas outras condições sociais desfavoráveis, têm menor percepção da sua saúde e menos autocuidado, retardam a procura aos serviços de saúde e, conseqüentemente, o diagnóstico e o tratamento. Quando em tratamento, com frequência tendem ao abandono e ao uso incorreto das medicações (PELAQUIN, SILVA e RIBEIRO, 2007, p. 316).

Badziak e Moura (2010), relacionam a educação como um dos principais determinantes de saúde. Mais especificamente, os estudos como os do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES (2016) apontam que a escolaridade tem relação direta com sua ocorrência, principalmente quando se considera que sua condição educacional influi em outros determinantes sociais de saúde. Ainda, segundo o mesmo autor, a educação propicia uma formação pertinente para que o sujeito tenha melhores condições de ascensão social, via mundo do trabalho, que está cada vez mais seletivo e exigindo profissionais capacitados.

Além disto, quando o tempo de estudo é pouco, dificilmente o indivíduo conseguirá ter uma situação social cômoda, tendo que atuar em atividades laborais

cuja remuneração não é suficiente para lhe garantir uma segurança financeira adequada, o que implica, entre outros fatores, morar nas regiões periféricas da cidade, utilizar a saúde pública, exposto a uma infraestrutura inadequada, entre outras situações que realçam uma condição de vulnerabilidade social (BADZIAK e MOURA, 2010).

2.1.2 Aspectos Sociais e Iniquidades relativas a TB

A TB é considerada uma doença com iniquidades específicas (RUFFINO NETO, 2002) e pelo fato desta dissertação tratar especificamente dessa enfermidade, segue uma apresentação de aspectos sociais da TB, bem como as iniquidades atribuídas a doença.

No processo saúde/doença, é estreita a ligação entre a TB e as condições sociais de vida. Desse modo, compreender a relação entre a doença e seus determinantes é fundamental para que haja uma estratégia eficaz na gestão do sistema de saúde, criando ações resolutivas, tendo em vista a diminuição das iniquidades em contrapartida à oferta de serviços com qualidade (RUFFINO NETO, 2002).

Cabe destacar que a TB ainda está relacionada à condição socioeconômica em que as pessoas se encontram, pois, para Pinheiro *et al.* (2013), as desigualdades históricas na sociedade brasileira impedem que as pessoas em situação de vulnerabilidade social possam usufruir dos avanços ocorridos na atenção a TB, mesmo sendo o acesso universal e gratuito.

Diante desse cenário, a TB ainda apresenta um estigma que, em algumas situações, tornam o seu tratamento ainda mais difícil, o que inviabiliza o controle planejado no Programa Nacional de Controle da TB (PNCT). Sobre o assunto, Touse *et al.* (2014, p. 02) acrescenta que:

A TB é um dos agravos de saúde influenciado por determinantes sociais e demonstra relação direta com a pobreza e a exclusão, no qual o estigma tem sido considerado um indicador importante desta relação [...] que leva o indivíduo à marginalização e/ou à exclusão de suas relações sociais. [...] o estigma social pode causar forte impacto na vida da pessoa que sofre e em sua família (TOUSO *et al.*, 2014, p. 4.578).

Nesse cenário, na abordagem da TB nas unidades básicas de saúde, é relevante considerar os determinantes sociais que, de certa forma influem na autopercepção do paciente, sendo possível desenvolver ações que favoreçam a superação do estigma que a doença ainda provoca (TOUSO *et al.* 2014).

Nessa perspectiva, é relevante observar o modelo adaptado por Pinheiro *et al.* (2013) para o diagnóstico da TB considerando os determinantes sociais. A seguir é apresentado o modelo elaborado pelos mesmos autores:

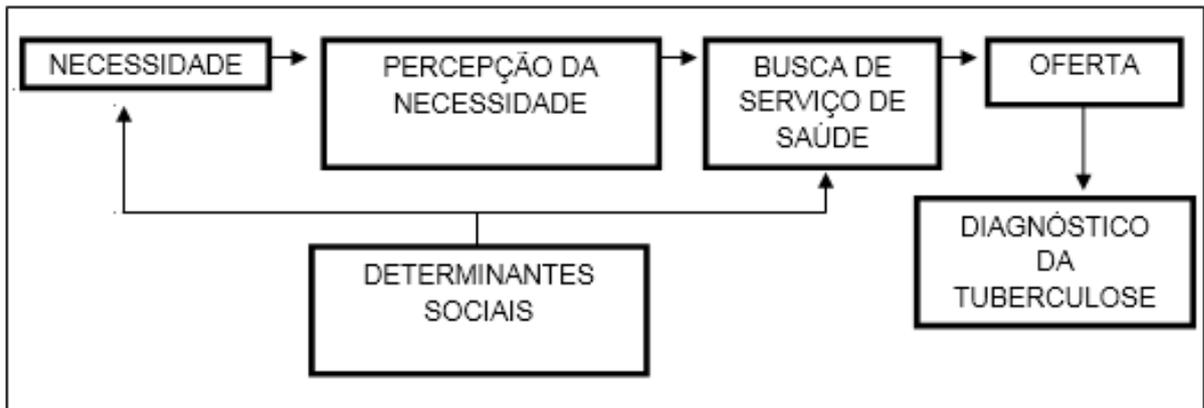


Figura 2 - Diagnóstico da TB Considerando os Determinantes Sociais
Fonte: Adaptado de Pinheiro *et al.* (2013)

O enfoque nos determinantes sociais significa que a atenção ao paciente com TB contempla suas particularidades, o que permite estabelecer ações mais adequadas a sua situação. Essa condição não altera os padrões estabelecidos no atendimento ao paciente, pois a PNCT reconhece o valor de uma atenção humanizada nos casos de TB (PINHEIRO *et al.*, 2013).

Ponce *et al.* (2011, p. 02) considera que essa atenção se estabelece no acolhimento e no vínculo, que representam:

[...] diretrizes operacionais para o alcance da integralidade em saúde, considerando que o vínculo estabelece fortes laços interpessoais entre os profissionais de saúde e os doentes, por meio de relações de escuta, diálogo, respeito e humanização da assistência, promovendo a corresponsabilização da saúde. Dessa forma, o tratamento passa a ser compartilhado, o que fortalece as relações de confiança entre o doente e o profissional, favorecendo a adesão ao tratamento e à obtenção da cura (PONCE *et al.*, 2011, p.02).

A atenção ao paciente com TB necessita ser compatível com sua situação física, emocional e psíquica, para que possa ter o comprometimento esperado com o

tratamento, o que eleva a possibilidade de concluí-lo e alcançar sua cura (TOUSO *et al.*, 2014).

Considerar os determinantes sociais, nessa situação, são relevantes, pois estes possuem um papel pertinente no processo de adoecimento humano, por incidir mais comumente nas populações que apresentam um nível maior de vulnerabilidade, o que, somente devido a esta característica, merecem uma atenção diferenciada (TOUSO *et al.*, 2014). Ainda conforme o autor recém citado, tais determinantes não podem se constituir em barreiras para o tratamento, tampouco para a manutenção da perspectiva de estigma que ainda ronda essa doença, sendo importante sensibilizar o paciente, indicando que sua postura ativa no decurso deste processo é fundamental para alcançar o êxito pretendido, que é a sua cura.

2.1.3 Aspectos Históricos da TB

2.1.3.1 A história da TB e seus determinantes

A TB representa uma das principais doenças transmissíveis no panorama global, sobretudo nos países em desenvolvimento, apesar de ser uma das doenças mais antigas que se tem conhecimento. Acompanha o homem desde a época em que ele passava a condição de bípede, registrando-se os primeiros relatos em ossos humanos pré-históricos encontrados na Alemanha e datados de 8.000 a.C. (CONDE, 2002).

Um dos primeiros casos da doença, pela TB, foram registrados em múmias egípcias, há mais de 5.000 a.C., as quais apresentavam anormalidades típicas do comprometimento vertebral (o Mal de Pott), além de tecidos contendo o DNA do *Mycobacterium tuberculosis* (MACIEL *et al.*, 2012).

Documentos antigos hindus e chineses descrevem relatos a respeito de quadros clínicos, de pessoas acometidas por uma doença pulmonar muito semelhante a TB, haja vista a enfermidade ser facilmente confundida com outras que atacam o mesmo órgão (CONDE, 2002).

Ainda segundo Conde (2002), a doença acompanhou a própria evolução do homem, quando em aglomerados e aldeias, a doença, possivelmente a TB, passa a ser mais citada e conhecida, por ser transmitida de pessoa para pessoa por vias aéreas, principalmente em áreas fechadas. Tendo, na Grécia na década de 30 a.C.,

pelo seu caráter de esgotamento físico, a denominação de Tísica (do grego *phthisikos*).

Contudo, é a partir da revolução industrial que a TB se tornou um problema prioritário de saúde pública, desencadeando uma série de problemas sanitários, que posteriormente seria atrelado a doença, como a aglomeração, desnutrição, falta de higiene e falta de assistência de saúde, sendo responsável por um quarto das mortes nos séculos XVII e XVIII na Europa. Neste período, começaram as observações de que esta doença estava associada à situação socioeconômica (MURRAY, 2004).

Em 1882, Robert Koch, descobre o agente causador da TB, o *Mycobacterium tuberculosis* que passou a ser também conhecido como bacilo de Koch (BK). Sendo que em meados do século XX na Europa e nos Estados Unidos, com a melhora das condições socioeconômicas, começou-se a discutir a necessidade absoluta do isolamento dos pacientes em sanatórios, com repouso total, além de exposição ao sol, bem como a boa alimentação, fazendo com isso as taxas de mortalidade caírem (BRASILEIRO FILHO, 2000).

2.1.3.2 A Tuberculose no Brasil

Não há relatos de que a TB existisse entre os nativos brasileiros antes sua descoberta, no ano de 1500. Porém, com a chegada dos colonizadores europeus, essa doença tornou-se em pouco tempo em epidemia (MACIEL *et al.*, 2012).

Ainda segundo Maciel *et al.* (2012), essa condição foi favorecida pelo fato de alguns dos primeiros jesuítas, responsáveis em catequizar as tribos indígenas, encontrarem com essa infecção, possibilitando a contaminação, que atingia inúmeras nações indígenas pelo fato dos catequizados reunirem em um único espaço uma quantidade considerável de nativos, o que facilitava o contágio.

Coelho (2013, p. 14) relata que:

O contato (com o colonizador europeu) potencializou a TB de muitas maneiras diferentes, tanto trazendo novas variedades de microbactérias, especialmente para as áreas onde a doença era rara, quanto dizimando índios com a ajuda da ruptura de uma ordem social estabelecida, junto da adição de novas infecções virais como o sarampo, além de mudanças nos padrões de deslocamento populacional, comprometendo a forma tradicional de sobrevivência (COELHO, 2013, p.14).

Ainda há relatos que indicam que o Padre Manuel da Nóbrega, responsável pela primeira missão jesuítica na então colônia de Portugal represente a primeira pessoa infectada com TB no Brasil. Outro aspecto a ser considerado, pelo grande número de vítimas entre os indígenas no período inicial da colonização, era de que os índios não tinham contato com o bacilo de Koch (COELHO, 2013).

Essa situação histórica ilustra a forma com que a TB se expandiu no Brasil, atingindo as populações em estado de vulnerabilidade social, marcadas, geralmente por uma situação de miséria e desconhecimento, propiciando a sua proliferação ao longo do tempo, tornando-se um sério problema de saúde pública (PILLER, 2012).

Com o aumento da imigração portuguesa para o Brasil, sobretudo de degredados e cidadãos indesejados por Portugal, a TB começa a se espalhar pela sociedade brasileira. Contudo, não houve de imediato a atenção a sua proliferação, pois considerava-se que sua condição de epidemia era fruto do clima e da má alimentação, sobretudo dos trabalhadores e dos escravos (PILLER, 2012).

Em relação aos escravos oriundos do continente africano, não havia indícios de que estes já sofressem dessa patologia. Ao serem expostos a condições precárias laborais e de vida, tornaram-se um grupo fortemente afetado pela TB, levando estudiosos a erroneamente, relacionarem esta doença com a questão racial (BERTOLLI FILHO, 2001).

Com o estabelecimento da Família Real no Brasil, no século XIX, a TB despertou a atenção das autoridades sanitárias, revelando o descaso com que foi tratada desde o descobrimento do país. Bertolli Filho (2001, p. 56) relata que, além desse fato envolvendo a Família Real, “A doença que tanto os leigos quanto os clínicos denominavam de ‘fraqueza do peito’, ‘chaga nos bofes’ e ‘sangue pela boca’ aumentava o número de seus tributários, exigindo respostas dos especialistas na saúde urbana”.

Mesmo constituindo-se em uma grave doença, na metade do século XIX, a TB foi romantizada pela classe artística, em especial, poetas e literatos, sendo relacionada a fragilidade humana, como também um efeito da vida desregrada que estes artistas geralmente cultivavam (PINHEIRO, 2015). Porto (2007, p. 28) em relação a essa situação, relata que os intelectuais utilizavam a TB para demonstrar sua condição exclusiva e ainda:

O jovem que aspirasse a carreira de literato deveria ostentar um pouco de magreza, cor pálida e tosse, como complemento aos dotes intelectuais que sente borbulhar dentro de si. A tuberculose foi um recurso utilizado pelos poetas românticos no seu projeto de negação do mundo concreto e de expressão de sua desilusão para com a vida social (PORTO, 2007, p. 44).

Os artistas tinham uma exposição maior aos fatores de riscos dessa doença, sobretudo os relacionados aos hábitos desregrados de vida, como: má alimentação, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e fumo, longos períodos de permanência em locais fechados com pouca ventilação, exposição frequente ao frio noturno, entre outros (PORTO, 2007). Ainda segundo o mesmo autor, essa aura romântica, contudo, não era capaz de mascarar o sofrimento que a TB ocasionava na população, sobretudo a que encontrava-se em vulnerabilidade social, por ter que recorrer a métodos heterodoxos de tratamento, devido a falta de recursos financeiros, como sangrias, chás utilizando a flora nativa, uso do leite de cabra e de mocotó.

As enfermarias hospitalares existentes no período não atendiam a demanda existente, o que justificava a procura por tratamentos “alternativos”. Além desse aspecto, havia o risco do paciente adquirir outras patologias nesses espaços, conforme descreve Bertolli Filho (2001, p. 56):

Quando a chance aparecia, os fimatossos eram instalados em camas avizinhas aos catres das vítimas de outras patologias, favorecendo o mortal intercâmbio de moléstias que geralmente levavam a óbito os hóspedes das casas de saúde (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 56).

Devido à gravidade da situação, os responsáveis pela saúde pública consideraram o emprego do modelo europeu de atenção à TB, que se constituía na oferta de locais específicos para os pacientes: o dispensário, que tinha como função detectar os focos de contágio, difundir noções de higiene e prestar assistência clínica e social aos usuários; e o sanatório, que efetivava o tratamento dos doentes, o que resultava no seu isolamento social (BERTOLLI FILHO, 2001).

Nesse cenário, devido ao reconhecimento da gravidade da doença, que tornou-se, ao final do século XIX, responsável por 1/3 das mortes por enfermidades infecciosas, houve uma mobilização maior até da sociedade civil, que passou a organizar-se em movimentos filantrópicos com a intenção de propiciar acesso ao tratamento existente no período, elevando o número da população atendida (PILLER, 2012).

No início do século XX, com a crescente urbanização do país, houve maior atenção das autoridades públicas à TB, ainda que pautada em um viés econômico, pois o controle desta e outras infecções tornou-se relevante para garantir a imigração europeia, que vinha para substituir a mão de obra escrava. Essa medida possibilitava diminuir o temor de infecção cultivada pelos estrangeiros, incluindo os negociantes, sobretudo, os europeus (PILLER, 2012). Porém, ainda de acordo com Piller (2012), essa atuação era limitada, pois não havia ainda uma política pública de saúde mais consistente nesse período, o que inviabilizava práticas preventivas que, relacionada a um cenário urbano caótico, demarcado pela miséria e a ausência de infraestrutura básica, contribuía para a proliferação de casos no país, sem considerar que no interior do Brasil a situação era ainda mais alarmante.

Mudanças mais pertinentes começaram a ocorrer na década de 1920, conforme Pinheiro *et al.* (2015, p. 95):

No Brasil, o controle da doença pelo Estado só se deu quando os tuberculosos foram vistos como ameaça social. A partir desse momento, o Estado iniciou uma fase de maior intervenção no combate à tuberculose. Em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, passou-se a adotar medidas profiláticas enérgicas para conter a proliferação da doença (PINHEIRO *et al.*, 2015, p. 95).

A percepção de ameaça social ocorreu quando ficou constatado que, na entrada do ano de 1920, a TB era responsável pela metade da mortalidade ocasionada por doenças infectocontagiosas. Contudo, as medidas públicas se mostraram insuficientes, pelo fato de não conseguir mobilizar a maioria dos Estados brasileiros, sendo o combate mais efetivo a essa doença em São Paulo e Rio de Janeiro (BERTOLLI FILHO, 2001).

Na década de 1930, na euforia de um novo governo, presidido por Getúlio Vargas, houve a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, que apresentava como compromisso a modernização no trato às epidemias e endemias no país, sendo um fator que acentuava a intenção de demonstrar o compromisso público com o progresso do país (BERTOLLI FILHO, 2001).

Contudo, essa situação não propiciou mudanças significativas na atenção pública dispensada à TB, pelo fato do Poder Público, até meados de 1940, diminuir o volume de recursos a serem aplicados no seu controle e no tratamento dos pacientes. Nesse cenário, Bertolli Filho (2011, p. 74) afirma: “Excluído do amparo governamental,

de regra, o tísico necessitado foi considerado 'indigente' e nesta condição buscava assistência e abrigo nos serviços médico-sanatoriais mantidos pela caridade pública”.

Na década de 1950, essa situação começou a ser modificada, advinda da descoberta de medicamentos para o tratamento da TB, bem como no processo de industrialização no país, que demarcou um novo momento na saúde pública. Houve uma atenção maior as medidas de profilaxia social e individual, para sensibilizar as pessoas acerca dessa doença e dos tratamentos então disponíveis (HIJJAR *et al.*, 2007). Essas medidas, ao menos nos grandes centros urbanos, propiciaram resultados, sendo que, na década de 1960, os índices de mortalidade da doença demonstravam decréscimo. Como forma de exemplificar essa situação, no município de São Paulo, no período de 1900 a 1960 o índice de óbitos caiu de 6% para 2,7% (BUCHALLA; WALDMAN; LAURENTI, 2003).

No decurso do século XX, foi dada continuidade as medidas de controle e de tratamento da TB, sendo que, a partir da década de 1980, intensificou-se as ações do Poder Público para efetivar o controle sobre esta doença (BUCHALLA; WALDMAN; LAURENTI, 2003). Nesse contexto, na década de 1990, o Ministério da Saúde declarou que a doença TB seria prioridade no âmbito das políticas públicas de saúde. Sendo que essa condição, derivou do compromisso assumido pelo país, em âmbito mundial, para o combate e controle dessa doença (BUCHALLA; WALDMAN; LAURENTI, 2003). Tal postura advém do alerta da OMS em que o país ocupa a 20ª posição na relação de nações que apresentam maior número de casos anuais; além de apresentar a 19ª posição no que se refere à coinfeção HIV/TB (FIOCRUZ, 2008).

Esse comprometimento se solidificou com a definição do PNCT no final da década de 2000, unindo esforços das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) para atuar de forma sistematizada para obter um melhor controle sobre a doença, como também favorecer o acesso ao tratamento na atenção primária a saúde. Nesse contexto, foi estabelecido um padrão técnico e assistencial comum para todo o território nacional, como também metas a serem atingidas no controle da doença (FIOCRUZ, 2008).

As metas, que envolvem o período de 2001 a 2035 apresentam uma configuração que é expressa por meio do gráfico 1, exposto a seguir.

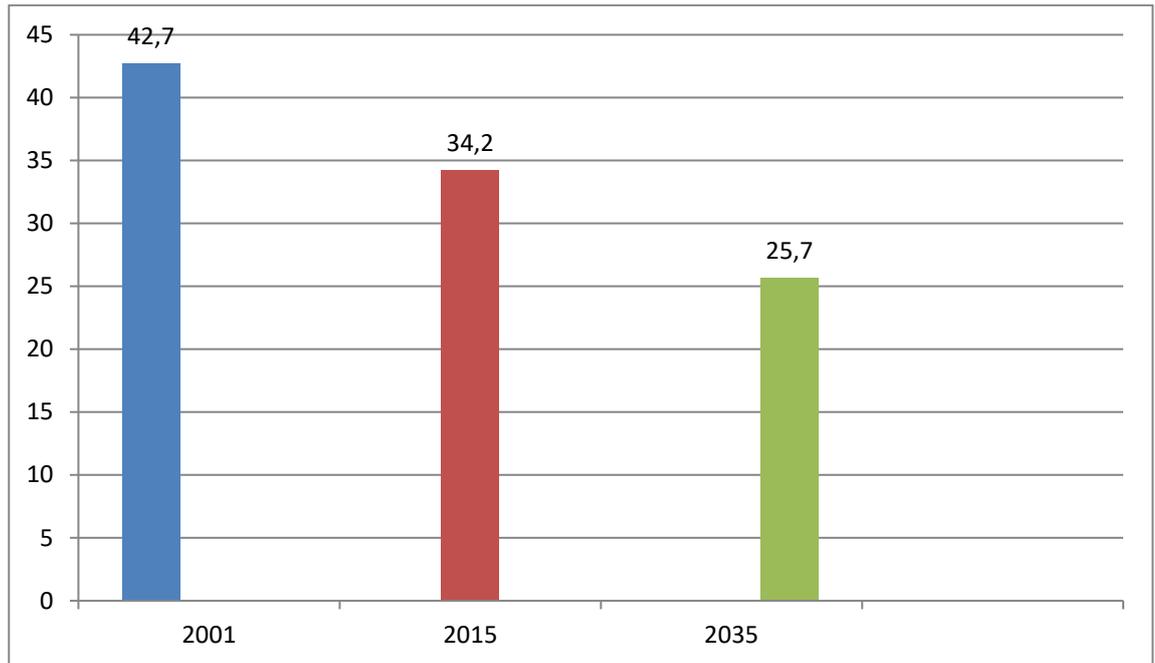


Gráfico 1 - Incidência da TB no Brasil no Período de 2001 a 2035 (por 100 mil/habitantes)
Fonte: BRASIL (2017)

A perspectiva de queda na incidência da TB no Brasil não é somente fruto da aplicação do PNCT, mas também da melhoria da qualidade de vida das pessoas que, a partir da década de 1990, tornou-se possível com medidas básicas de saneamento, com o aumento nas ações de prevenção e sensibilização sobre a TB, a elevação do nível educacional do país, a melhoria da nutrição das pessoas e no acesso universal ao tratamento (BUCHALLA; WALDMAN; LAURENTI, 2003).

Diante das ações desenvolvidas nas duas últimas décadas acerca da TB, tornou-se possível, no Brasil, diagnosticar até 70% dos casos esperados e uma perspectiva de cura de 85% destes casos. Em relação ao abandono do tratamento, há a estimativa de suspensão no patamar de 5% do total dos pacientes (BRASIL, 2017).

Ainda segundo Brasil (2017), mesmo com os avanços ocorridos ao longo do tempo, a TB é considerada como um sério problema de saúde pública, que ainda é influenciada por alguns determinantes sociais, que revela seu impacto perverso nas pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

2.1.4 Aspectos clínicos e epidemiológicos da TB

Doença infectocontagiosa, provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou *bacilo de Koch*, a TB afeta principalmente os pulmões, mas pode acometer ainda os rins, a pele, os ossos e os gânglios. O contágio ocorre pelo ar, através da tosse, espirro e fala da pessoa que está doente, que lança os bacilos no ambiente. Pessoas próximas ao doente aspiram esses bacilos e podem também adoecer. Estudos confirmam que o bacilo pode permanecer no ambiente por um período de até 8 horas, ainda mais quando o domicílio não é ventilado e arejado, tornando as vias aéreas a principal forma de propagação da doença (BRASILEIRO FILHO, 2000).

Para Fiocruz (2008), diversos fatores devem ser considerados na investigação de um caso suspeito de TB, como a história socioeconômica do indivíduo, idade, estado imunológico e nutricional, como também a existência de comorbidades, em especial a AIDS. Sendo que o estado imunológico e nutricional, estão diretamente relacionados ao adoecimento por TB.

Com relação a isso, Fiocruz, (2008, p. 63) relata que:

Várias doenças, como o sarampo e a Aids, principalmente por interferirem nas defesas imunes, podem afetar a história natural da tuberculose. O alcoolismo crônico – que envolve queda da imunidade, desnutrição, fragilidade social e exposições a situações de risco – é um importante problema associado à tuberculose. A tuberculose não apenas é mais frequente entre os alcoólatras crônicos, como os fatores comportamentais associados ao alcoolismo interferem na adesão ao tratamento, assim como o maior risco de hepatopatia traz entraves para a recuperação do doente. O uso de drogas imunossupressoras se constitui elevado risco em pessoas já infectadas, que passam a estar mais sujeitas ao adoecimento (FIOCRUZ, 2008, p. 63).

A TB é uma doença com notificação compulsória e casos notificados em todos os grupos etários, porém com maior incidência nos indivíduos economicamente ativos (15-59 anos) e do sexo masculino. Tendo, de modo geral, na faixa etária entre 15 e 29 anos, pessoas recém infectadas. Portanto, quando os índices de formas primárias são elevados, existe grande possibilidade de haver várias fontes de infecção na região (FIOCRUZ, 2008). Ainda segundo o mesmo autor, pode-se inferir que em locais onde existem aglomerados populacionais, que enseja pessoas em condições sanitárias desfavoráveis vivendo abaixo da linha da miséria, como em favelas, invasões, ou

então em populações que vivem em ambientes socialmente fechados como escolas, creches, presídios e abrigos sociais, tem elevado risco de evolução da TB.

Portanto, segundo Brasil (2010, p. 412) a TB primária ocorre:

[...] durante uma primo-infecção, e pode evoluir tanto a partir do foco pulmonar, quanto do foco ganglionar ou, então, em consequência da disseminação hematogênica, o que acontece em 5% dos primo-infectados, em geral nos primeiros dois anos após a infecção. A TB pós-primária ocorre no organismo que tem sua imunidade desenvolvida, tanto pela infecção natural quanto pelo BCG. Dos primo-infectados, 5% adoecerão tardiamente, em consequência do recrudescimento de algum foco já existente no seu organismo (reativação endógena). Também pode ocorrer a reinfeção exógena, ou seja, o paciente adoecer por receber nova carga bacilar do exterior (BRASIL, 2010, p. 412).

A avaliação clínica não é capaz de distinguir o foco pulmonar ou foco ganglionar, pois os pacientes com TB apresentam comprometimento do estado geral de sua saúde. Entre os principais sintomas estão a febre baixa vespertina com sudorese, inapetência, emagrecimento, seguindo com dor torácica e tosse produtiva, acompanhada ou não de escarros hemoptóicos, quando a doença atinge os pulmões (BRASIL, 2010).

Ainda segundo Brasil (2010, p.412), é o sintoma da tosse produtiva que caracteriza, na maioria das vezes, a TB em sua forma pulmonar, sendo a mais frequente em pacientes adultos, maiores de 15 anos, atingindo cerca de 90% dos casos. [...] Nas crianças também é comum o comprometimento ganglionar mediastínico e cervical (forma primária), que se caracteriza por lesões bipolares: parênquima e gânglios.

Epidemiologicamente, contabiliza-se como “caso de TB” àqueles pacientes confirmados por meio de exame de baciloscopia (visualização do bacilo de Koch ao microscópio) ou cultura positiva ou ainda casos em que o médico, com base nos dados clínico, epidemiológicos e exames complementares, atribui o diagnóstico. Além disso, o conceito de “Caso Novo” é o doente com TB que nunca usou ou usou por menos de um mês drogas antituberculosas (SILVA JR, 2004).

Com relação ao tratamento, o protocolo preconizado pela Organização Mundial da Saúde e utilizado na maioria dos países, para adultos e adolescentes, consiste da utilização de apresentações farmacológicas compostas por comprimidos de doses fixas combinadas de quatro medicamentos Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazimanida (Z), Etambutol (E), nas seguintes dosagens: R 150mg, H 75mg, Z 400mg

e E 275mg. Para as crianças (abaixo de 10 anos) recomenda-se o esquema com RHZ (BRASIL, 2011).

Ainda, nos casos que tem evolução para falência do tratamento, segundo Brasil (2011), deve ser avaliado o histórico terapêutico, adesão aos tratamentos anteriores e comprovação de resistência aos medicamentos. Nesses casos, os pacientes receberão o Esquema Padronizado para Multirresistência ou Esquemas Especiais individualizados.

Cabe ressaltar, que nos casos de indicação médica de mudança de esquema, deve ser priorizado uma associação de medicamentos em que a probabilidade de cura seja alta. Por esse motivo, a avaliação por profissionais experientes no manejo de medicamentos de segunda linha é sempre o caminho mais seguro. Em todos os esquemas a medicação é de uso diário e deverá ser administrada em uma única tomada (BRASIL, 2011).

Com relação aos esquemas, Brasil (2011, p. 61) prevê:

Esquema básico para adultos e adolescentes (EB) (2RHZE/4RH)

Indicação:

a) casos novos adultos e adolescentes (> 10 anos), de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), infectados ou não por HIV;

b) retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa em adultos e adolescentes (> 10 anos), exceto a forma meningoencefálica.

Esquema básico 2RHZ/4RH para criança (EB) (2RHZ /4RH) Indicação:

a) casos novos de crianças (< 10 anos), de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), infectados ou não pelo HIV;

b) retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa em crianças (< 10 anos), exceto a forma meningoencefálica (BRASIL, 2011, p. 61).

Dentre diversas ações propostas pelo plano de cuidado do paciente acometido pela TB, monitorar a resposta ao tratamento é umas das ações essenciais no controle da doença. O controle do tratamento deve ser feito por meio de baciloscopias mensais de escarro, nos casos da variação pulmonar da doença (BRASIL, 2011).

Com relação a cura, Brasil (2002, p. 33) conceitua que o paciente é considerado curado quando completar o tratamento e apresentar duas baciloscopias negativas: [...] uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento (cura bacteriológica comprovada). A alta é dada com base em critérios clínicos e radiológicos, quando da apresentação de baciloscopia negativa.

3 METODOLOGIA

O nome dessa seção é equivalente ao caminho percorrido, isto é, a trajetória do pesquisador para elaboração do trabalho. Essa questão é referente a própria etimologia e significado da palavra método, que de origem grega *methodos* significa “caminho para”. Mais do que a conceituação do termo, é importante frisar nesse primeiro momento que método implica em regras, em rigor de procedimentos, em ordem, e devido a isso o método é visto por alguns autores (LAVILLE; DIONE, 1999; RICHARDSON, 2007) como a parte mais importante de uma pesquisa, e como acrescenta Richardson (2007) cada método demonstra uma forma de planejamento e execução de pesquisa.

Deste modo, será apresentado neste capítulo o método utilizado para desenvolver o estudo, traduzindo assim o percurso do pesquisador durante a elaboração da pesquisa. Por primeiro, é apresentado o método, o delineamento do estudo, na sequência a caracterização do estudo (considerando diferentes aspectos da metodologia: abordagem, natureza, objetivos e procedimentos), além da forma de coleta e de análise de dados e por fim os preceitos éticos utilizados e seguidos.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Com relação à abordagem do estudo, este foi um Método Misto, pois, por meio de um só caminho metodológico realizou-se uma análise qualitativa e também quantitativa¹². O Método Misto integra a abordagem qualitativa e quantitativa, por meio de apenas um percurso metodológico (seja de coleta, como de análise dados). Para descrevê-lo, é possível delinear o que o forma: a análise qualitativa e quantitativa.

¹ Cabe algumas distinções: esse estudo não foi chamado de Qualitativo e Quantitativo, porque tal nomenclatura refere-se à quando cada tipo de análise é feita de forma isolada, onde cada análise é uma etapa da pesquisa (CRESWELL, 2010; RICHARDSON, 2007). Nesta dissertação, o mesmo método foi possibilitador de análise quantitativa e qualitativa, o que se deu de forma simultânea.

² Ressalta-se também que Método Misto (MT) não é sinônimo de Triangulação de Dados (TD), por dois motivos: primeiro, MT refere-se a como os dados são tratados e TD refere-se a forma de obtenção de dados da pesquisa. Deste modo, e por um segundo momento da explicação, enquanto o MT refere-se às duas formas de análise que ocorreram de forma paralela, a TD refere-se ao uso de três ou mais formas de obtenção de dados. Considerando isso, a distinção ocorre pelo seguinte: esta dissertação utilizou-se de apenas UMA forma de obtenção de dados, mas, sua análise foi de duas formas, formas essas paralelas, o que caracteriza-se como um Método Misto (que possibilita ambas análises).

De acordo com Richardson *et al* (2007) a análise qualitativa é uma forma de compreender detalhadamente o objeto estudo, sua amplitude é coerente à complexidade de elementos como os estudados nesta pesquisa: a questão de caracterização de fatores relacionados à uma doença. A análise qualitativa tem como uma das principais características a busca por aprofundamento da compreensão do fenômeno, além da exploração e entendimento do significado que as pessoas dão às questões que lhes tem relação. Já a forma de análise quantitativa descreve as características de uma determinada situação e mede numericamente as hipóteses levantadas, além de conseguir também apurar com mais clareza os dados obtidos (FONSECA, 2002).

Quanto à natureza, será aplicada, pois buscou compreender um fenômeno que pode trazer elucidacões sobre um fenômeno social (FONSECA, 2002).

Considerando os objetivos é exploratória-descritiva, pois buscou construir e apresentar uma hipótese que liga dois constructos e em seguida estabelecer a relação entre as variáveis no objeto de estudo analisado descrevendo as características de uma população/doença. (MINAYO, 2007).

Em relação aos procedimentos, este estudo é uma análise documental, qual segundo Fonseca (2002) analisa os dados através de documentos oficiais ou informais, sendo tanto em formato de textos, tabelas estatísticas, jornais, fotografias, filmes, entre outros. Nessa dissertação, a análise documentação avaliou indicadores de saúde, que são descritos mais detalhadamente na seção a seguir:

3.2 COLETA DE DADOS

Quanto ao método de coleta de dados, foram utilizadas fontes secundárias, que neste caso refere-se ao banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

As informações dos casos e seus endereços, idade, sexo, coinfeccão por HIV e o tipo de encerramento do tratamento são oriundos do SINAN sobre TB de Guarapuava, cuja responsabilidade de inserção e manutenção dos dados é da Equipe do Departamento de Gestão do SUS, na Divisão de AMPDS da Secretaria Municipal de Saúde, bem como as informações do sistema de Prontuário Eletrônico (*FastMedic*).

3.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ANALISADA

Os dados analisados foram relativos à cidade de Guarapuava, no Paraná, localizada no terceiro planalto, possui uma população estimada, em 2014, de 173.973 habitantes (IBGE, 2014). Conta com 32 unidades de saúde e uma unidade de referência. O diagnóstico é realizado nas unidades básicas de saúde (UBS), unidades de pronto atendimento (UPA), hospitais e consultórios particulares.

O tratamento e acompanhamento dos casos de TB, é feito na UBS de referência do endereço de domicílio do paciente, sendo encaminhado os de maior complexidade para o Ambulatório Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária (AMPDS) que é o centro de referência no atendimento de hanseníase e TB.

A população do estudo inclui todos os residentes de Guarapuava-PR. As unidades de análise são os bairros oficiais da cidade, com seus indicadores populacionais, sociais e econômicos advindos das informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2014).

A seguir são apresentados os fatores que foram considerados para apreciação, bem como os que não foram: a principal questão interpretada é referente à incidência da TB, o resultado do número de casos georreferenciados por áreas, mais especificamente, os bairros oficiais da cidade e a população dos mesmos. O georreferenciamento dos casos de TB foi realizado com os endereços do cadastro de logradouros e malha digital dos mesmos, disponibilizados pelo Sistema de Prontuário Eletrônico (*FastMedic*) do Município de Guarapuava.

Não foram considerados para análise os moradores sem domicílio, as pessoas em regime prisional e aqueles com informações insuficientes no variável endereço que inviabilizem o georreferenciamento, pelo fato de não existir uma base confiável ou por ser dados não consistentes para análise.

Também há outras variáveis que não foram consideradas, como os indicadores demográficos, sociais, econômicos e educacionais das áreas selecionadas dos bairros do Município de Guarapuava.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi feita de forma não só descritiva, como também a considerar a hipótese levantada nesse estudo. Por consequência, a apresentação da análise ocorreu por meio de tabelas e mapas por áreas e pontos, a distribuição dos casos individuais segundo os bairros, além dos dados agregados, ou seja, os indicadores demográficos, sociais, de saúde e os coeficientes de incidência da TB.

Com relação aos coeficientes de incidência, têm-se por conceito, que a incidência (ou taxa de incidência) explicada pelo número de casos novos (nesta pesquisa o número de casos novos de TB), durante um período definido (2005-2015), numa população sob o risco de desenvolver a doença (estimativa do IBGE, 2007 e 2010). Sendo o cálculo da incidência, a forma mais comum em pesquisas, de medir e comparar a frequência das doenças em populações (WALDMAN, 1998).

Ainda segundo Waldman (1998), a expressão matemática que representa a incidência é a seguinte:

$$\text{incidência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de casos novos da doença em determinado período}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas sob risco de desenvolver a doença no período}} \times 1.000$$

Na expressão matemática acima, o resultado foi multiplicado por 1.000, para expressar a incidência de 1 caso para cada 1.000 habitantes. Todavia, a escolha dessa unidade de referência é arbitrária, podendo ser escolhido outros valores como 10.000, 100.000 ou 1.000.000 de habitantes, com base no tamanho da amostra. Deve-se, portanto, usar a incidência, e não números absolutos, para comparar a ocorrência de doenças em diferentes populações (WALDMAN, 1998).

Embora o conceito de incidência não seja o instrumento principal por meio do qual o pesquisador baseou-se para obter os resultados discutidos no capítulo seguinte, é importante estabelecer a forma como calculou-se a incidência dos casos de TB, dado a falta de informações oficiais a respeito do número da população em Guarapuava. A contagem da população é feita no intervalo de 4 anos, sendo em 2007 e 2010 com 164.567 e 167.328 mil habitantes respectivamente. Como em 2013 não houve contagem da população, foi estabelecido a média de crescimento da população utilizando os anos de 2007 e 2010 como referência para o cálculo da estimativa da população dos demais anos, objetivando calcular a incidência de todo o período.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente capítulo serão apresentados os resultados obtidos por meio desta pesquisa, como também discutidos os casos notificados de TB no período de dez (10) anos, comparando-os com a literatura a cerca do assunto estudado, a fim de entender como se dá a relação do processo de adoecimento por TB e as iniquidades que mais impactam sobre a saúde das pessoas no que diz respeito a essa enfermidade.

Desta forma, considerando o período estudado, entre 2005 a 2015, foram encontrados 316 casos novos³ de TB nos registros do SINAN de Guarapuava – PR. Esses casos estão distribuídos conforme o ano de notificação como demonstrado na tabela 01.

Ano de Notificação	Número de casos	População	Taxa de Incidência
2005	33	160.387	0,205
2006	47	162.641	0,288
2007	33	164.567*	0,200
2008	36	166.258	0,216
2009	29	167.981	0,172
2010	17	167.328*	0,101
2011	20	169.034	0,118
2012	20	170.609	0,117
2013	30	172.191	0,174
2014	21	174.006	0,120
2015	30	175.823	0,170
TOTAL	316	-----	-----

Tabela 1 – Casos Novos Notificados de TB em Guarapuava – PR segundo ano de diagnóstico.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET (2016).

* A contagem da população é feita no intervalo de 4 anos, sendo em 2007 e 2010 com 164.567 e 167.328 mil habitantes respectivamente, referentes aos dados oficiais do IBGE. Como em 2013 não houve contagem da população, foi estabelecido a média de crescimento da população utilizando os anos de 2007 e 2010 como referência.

No que se refere a notificação, importa saber que ela possui grande relevância para que a pessoa consiga alcançar os serviços de saúde e por consequência acesso ao que preconiza as políticas públicas do PNCT. Que além de possibilitar a atenção assistencial adequada, com a distribuição gratuita dos medicamentos utilizados no

³ "Caso Novo" é o doente com tuberculose que nunca usou ou usou por menos de um mês drogas antituberculosas (SILVA JR, 2004).

tratamento, colabora no controle dos agravos decorrentes da doença. Ressalte-se nesse sentido que é a notificação que contribui para as ações de vigilância, controle e prevenção da TB. Outro aspecto a ser destacado é que a notificação alimenta o SINAN e, segundo Santos (2007, p. 91) este é “[...] o pilar mais importante para as ações de planejamento, monitoramento e avaliação no controle da doença”.

A notificação, segundo Nogueira *et al.* (2009) é determinante para que haja uma noção mais próxima da realidade da condição epidemiológica do município em relação a TB, além de contribuir para que os órgãos gestores da saúde possam realizar um diagnóstico dinâmico da ocorrência desta enfermidade junto à população local, orientando as ações de tratamento, controle e prevenção. Com a notificação, é possível estabelecer o tratamento adequado, o que favorece seu controle, propiciando também que hajam ações para verificar se é um caso isolado ou há outras pessoas que desconhecem sua condição de saúde.

Para realçar a importância da notificação, quando a pessoa passa a se tratar tardiamente, há o aumento da possibilidade de mortalidade, conforme indica Façanha (2005, p. 29):

A falta de notificação dos casos que evoluíram para o óbito pode sugerir que estes pacientes só foram diagnosticados na forma mais avançada, quando foi necessária internação para o diagnóstico e tratamento. O mais sério, quando se considera que quase 80% dos casos em que a TB foi causa básica do óbito, era o fato da forma ser pulmonar, teoricamente fácil de ser diagnosticada e possivelmente transmissível (FAÇANHA, 2005, p. 29).

Nesse sentido, Façanha (2005) avalia que a notificação desencadeia diversas ações, que colocam o bem-estar da pessoa enferma em primeiro plano, como também propicia que outras medidas sejam tomadas relacionadas ao controle dessa grave doença.

Ainda no quesito da notificação, analisando-o, é possível avaliar se os casos de TB estão sendo diagnosticados de forma tardia ou não. Pois quando a doença é descoberta em sua fase mais avançada, pode ocorrer maior probabilidade de sequelas, maior mortalidade e perpetuação da cadeia de transmissão. Desse modo, é fundamental para o efetivo controle da doença o diagnóstico precoce e por consequência o início do tratamento medicamentoso para um efetivo controle da doença (CARDOZO-GONZALES *et al.*, 2011).

Por isso, da importância em se possuir estratégia de busca ativa da doença, uma vez que a demora em diagnosticar a TB, além de significar um agravamento no estado do paciente, favorece a propagação da doença na comunidade em que o indivíduo contaminado está inserido, visto que quando os sintomas se tornam perceptíveis, o doente já encontra-se num estágio mais avançado da doença como também já entrou em contato com diversas outras pessoas (HIJJAR, 2011).

Para avaliar o diagnóstico tardio, Façanha (2005) aponta alguns parâmetros de análise, sendo o local de notificação e o número de óbitos decorrentes da doença, os principais. Segue, no Quadro 1, as notificações realizadas em hospitais de Guarapuava e o número de óbitos registrados no SINAN, como desfecho da TB.

Ano de notificação	Nº de notificações*	Nº de notificações em hospitais	Número de óbitos
2005	35	0	0
2006	50	0	0
2007	38	4	2
2008	39	7	2
2009	28	7	0
2010	21	3	0
2011	21	8	1
2012	20	4	1
2013	30	4	2
2014	32	13	1
2015	34	17	2
TOTAL	348	67	11

Quadro 1 - Número de notificações e óbitos de TB segundo o ano de notificação.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde-SINAN, 2016/ Elaborado pelo autor.

*Número total de notificações por ano incluindo: caso novo, recidiva, reingresso após abandono e transferência.

Nesse cenário, considerando ainda as notificações, percebe-se que o diagnóstico tardio é uma realidade em Guarapuava, sendo este crescente nos anos de 2014 e 2015, quando a notificação ocorreu nos hospitais em 40% e 50%, respectivamente. Com isso, pode-se inferir que as equipes de ESF's não estão avaliando de forma assertiva os indivíduos, possivelmente tratando muitas vezes os sintomas da TB como gripe comum e, quando a situação do paciente se agrava, precisa buscar assistência médica em um hospital. Todavia, não se pode dizer que a

situação da doença no município não vem sendo controlada, uma vez que em todo o período estudado, houve apenas 11 óbitos decorrentes da enfermidade e sem grandes variações ao longo do período estudado. Assim avalia-se que a assistência a saúde prestada no município em relação à TB tem alcançado êxitos (FAÇANHA, 2005).

Já, com relação a incidência dos casos, observa-se algumas variações no período enfocado, sendo importante destacar o período 2009-2010, em que a incidência caiu aproximadamente 41% e o período 2012-2013, onde verificou-se um aumento de 49% na incidência dos casos de TB. Um fator que pode ter desencadeado o aumento dos casos é a variação climática que, segundo Souza (2007), é um dos componentes que favorecem a ocorrência da TB, sendo que, no ano de 2013, houve períodos de intenso frio na cidade, ocorrendo a precipitação de neve no mês de julho (COSTA *et al.*, 2016).

Estabelecendo uma média, no período de 2005 a 2015, encontrou-se 29 notificações/anuais em número absoluto de casos. Nos anos compreendidos entre 2010 a 2012 notificou-se casos próximos a metade dos casos dessa média do período estudado.

Em termos de comparação, cabe destacar (Quadro 2) as seguintes incidências para o ano de 2015:

Localização	Casos / 100 mil hab
Brasil	30,9
Paraná	18,7
Curitiba	19,5
Guarapuava ⁴	17,06

Quadro 2 – Comparativo de incidência da TB, por localização afeta a Guarapuava.
Fonte: Elaborado pelo autor, segundo Brasil, (2015).

Considerando as ocorrências destacadas, a incidência de TB em Guarapuava está em média 13 pontos abaixo do índice encontrado para a doença em nível nacional. Se comparado com o estado do Paraná e sua capital, Curitiba, a cidade ainda tem a incidência um pouco menor, não sendo significativa. Desse modo, é

⁴ Incidência estimada para o ano de 2015, considerando 30 novos casos notificados e população em Guarapuava estimada em 175.823 hab.

importante a atuação dos órgãos de saúde pública, pautada nas notificações, no tratamento, no controle e na prevenção da TB (BRASIL, 2015).

Em relação as incidências de TB por região, Cozer *et al* (2016) mostra o Sul do Brasil como a região que mais sofre quedas constantes nos índices da doença, conforme Gráfico 2 a seguir:

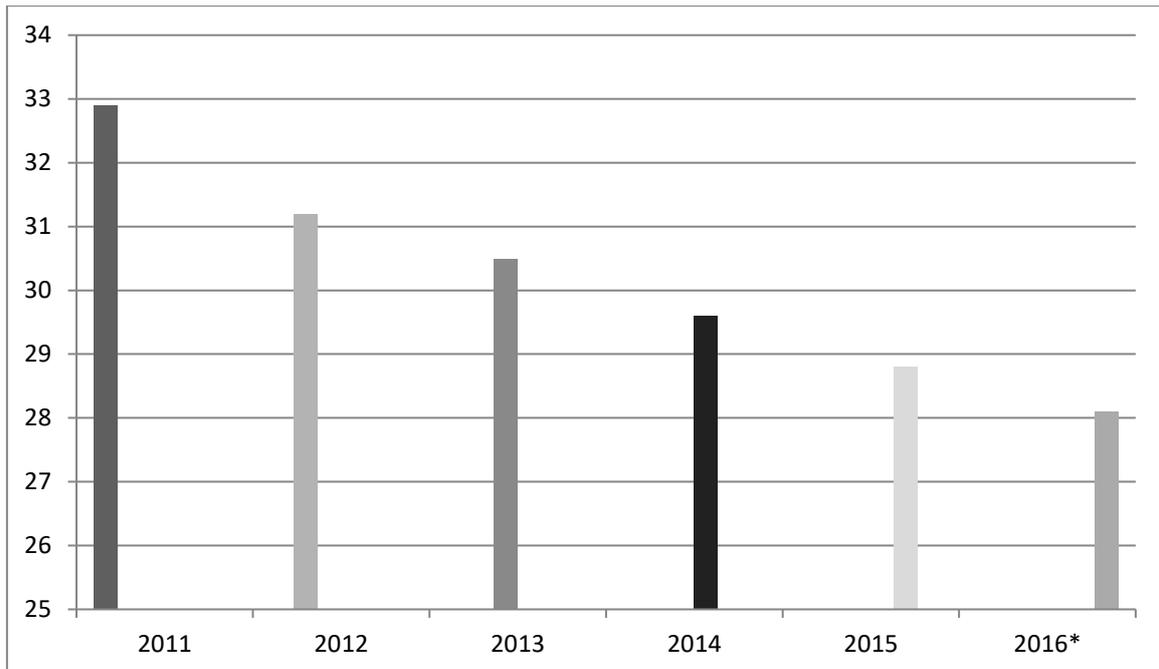


Gráfico 2 – Número de Casos Novos de TB Região Sul 2011-2016 /100.000 ha

Fonte: COZER et al. (2016)

*Estimativa

Diante da situação destacada do número de casos novos de TB na região Sul, comparativamente o município de Guarapuava apresenta incidência menor, indicativo esse de que as ações executadas na área de saúde estão de fato atingindo resultados favoráveis, ainda que haja a perspectiva de melhorá-los no decorrer dos anos. Todavia, a atenção à TB deve ser constante, devido ao fato da condição climática existente no município ser um facilitador da incidência da doença, somado às condições sociais. Haja vista o município de Guarapuava apresentar alta concentração de renda, o que implica em um índice significativo de pobreza, sendo que, conforme informação da Secretaria Municipal de Assistência Social (2016), mais de 51 mil habitantes vivem abaixo da linha de pobreza, com renda mensal variando de R\$ 77,00 a R\$ 154,00.

No que se refere ao número de casos por bairro no município de Guarapuava – PR, no período de 2005 a 2015, constatou-se que os casos em alguns bairros são representativos, conforme Tabela 02.

Bairro	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Alto Cascavel	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4
Batel	0	3	1	1	1	0	0	0	0	1	1	8
Bonsucesso	3	1	2	4	3	2	2	2	0	1	4	24
Boqueirão	5	11	7	5	2	3	4	2	9	4	3	55
Cascavel	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Centro	0	1	0	1	4	0	0	1	0	1	0	8
Entre Rios	1	0	0	1	1	0	0	0	1	2	1	7
Conradinho	0	0	1	2	0	2	0	1	1	1	0	8
Dos Estados	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	3
Guairacá	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Guará	0	1	1	1	0	0	0	2	1	0	0	6
Industrial	4	4	3	3	4	1	1	4	4	1	3	32
Jd. das Américas	2	2	1	1	1	2	3	0	2	1	1	16
Jordão	0	1	2	0	0	1	0	0	1	0	0	5
Morro Alto	3	5	4	5	6	3	1	2	3	2	2	36
Palmeirinha	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5
Primavera	1	2	2	1	1	0	1	1	2	1	3	15
Rio das Pedras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Cruz	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	10
Santana	3	6	1	2	1	0	3	0	2	2	3	23
São Cristóvão	0	2	2	3	0	0	1	1	0	1	1	11
Trianon	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Vila Bela	4	3	3	2	3	1	2	2	3	2	2	27
Vila Carli	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	2	7
TOTAL	33	47	33	36	29	17	20	20	30	21	30	316

Tabela 2 - Número de casos por bairro no período de 2005 a 2015

Fonte: Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET (2016).

Os bairros que mais apresentaram casos de TB são os bairros Boqueirão e Morro Alto, tendo como característica comum situarem-se nas extremidades do município, sendo que o primeiro termina nas proximidades da PR-170 e o segundo perto da BR-277.

Por serem regiões periféricas, o que a literatura apresenta, que a tendência é possuir bolsões de pobreza, o que é considerado como um dos determinantes sociais

relacionados à ocorrência da TB. A concepção apontada em relação à região periférica tem como fundamento a proposição de Almeida, D'Andrea e Lucca (2008, p. 111), que pontuam:

[...] não se refere a um estado de exclusão, mas a contextos sociais em que há acesso precário a melhorias materiais e a recursos simbólicos. O termo “periférico” deve-se ao fato de o “foco” empírico estar na posição hierarquicamente inferior do espaço social, distante das centralidades da produção e reprodução de bens materiais e simbólicos com maior valor social (ALMEIDA, D'ANDREA e LUCCA, 2008, p. 111).

A exclusão não é perceptível nesses bairros por terem uma infraestrutura básica, mas que não é condizente com as necessidades dos moradores que, quando precisam de assistência em horários distintos, precisam dirigir-se ao centro da cidade, o que nem sempre é possível, devido a maioria dos residentes serem trabalhadores. Essa situação é identificada por Silva (2007, p. 8), ao indicar que “[...] a periferia é desprovida de uma infraestrutura adequada e distante da vida produtiva da cidade, faz com que a vida destas se torne muito difícil. [...] Políticas criadas pelo Estado só minimizam essa situação, dando aos moradores uma falsa sensação de atenção pública”.

Essa condição também é reforçada quando considera-se o terceiro bairro com maior número de casos na cidade de Guarapuava, o bairro Industrial. Também localiza-se na extremidade do município, nas proximidades da BR 466. Pinto (2016, p. 9) reconhece que “é também uma doença urbana, própria da aglomeração típica das periferias das grandes cidades, onde os indicadores socioeconômicos são baixos”.

Tal percepção é reconhecida pelo próprio Ministério da Saúde, ao identificar que “[...] ela é uma doença que afeta, principalmente, as periferias urbanas” (BRASIL, 2012, p. 6). Nesse cenário, a estruturação dos serviços de atenção à TB tende a concentrar-se nos centros da cidade, indicando que, mesmo diante desta grave enfermidade, não há um processo de descentralização consistente, que é primordial para que haja melhor controle na sua ocorrência, sobretudo nos locais periféricos.

Essa situação foi constatada por Amaral *et al.* (2010), ao avaliar o processo de descentralização do PNCT no sistema de saúde de Dourados – MS, em que os resultados esperados (sobretudo o controle da TB) não ocorreu, devido a fragilidades

e lacunas existentes que ocasionaram o aumento de abandonos como também o de óbitos relacionados a esta enfermidade.

As lacunas e fragilidades também foram detectadas por Cunha, Cavalcanti e Costa (2012), na localidade de Jardim Gonçalo, no Rio de Janeiro, em que as equipes de ESF, responsáveis pela atenção ao controle da TB, não conseguiram atingir os resultados esperados, sendo apontados como principais fatores que interferiram na sua atuação: sobrecarga de trabalho, falta de recursos humanos, visão fragmentada da atuação dos profissionais envolvidos, falta de planejamento e rotatividade constante dos componentes da equipe. Cabe ressaltar, que essa referência é a título de discussão, pois a avaliação qualitativa dos serviços de saúde disponibilizados pelas unidades de saúde do município não foi objeto de estudo.

Além dos problemas apontados com relação a equipe de saúde, Fiocruz (2008) pontua que em locais onde existem aglomerados populacionais, que enseja pessoas em condições sanitárias desfavoráveis vivendo abaixo da linha da miséria, como em favelas, invasões, ou então em populações que vivem em ambientes socialmente fechados como escolas, creches, presídios e abrigos sociais, tem elevado risco de evolução da TB.

Para melhor avaliar a distribuição espacial dos casos de TB no município de Guarapuava, a seguir, a Figura 3 exemplifica a representação dos casos por meio de um mapa dos bairros do município⁵.

⁵ A Figura 3 é a representação dos bairros da sede de Guarapuava. Para melhor visualização, não estão inseridos os casos notificados nos distritos. Os distritos foram mencionados na Tabela 2.

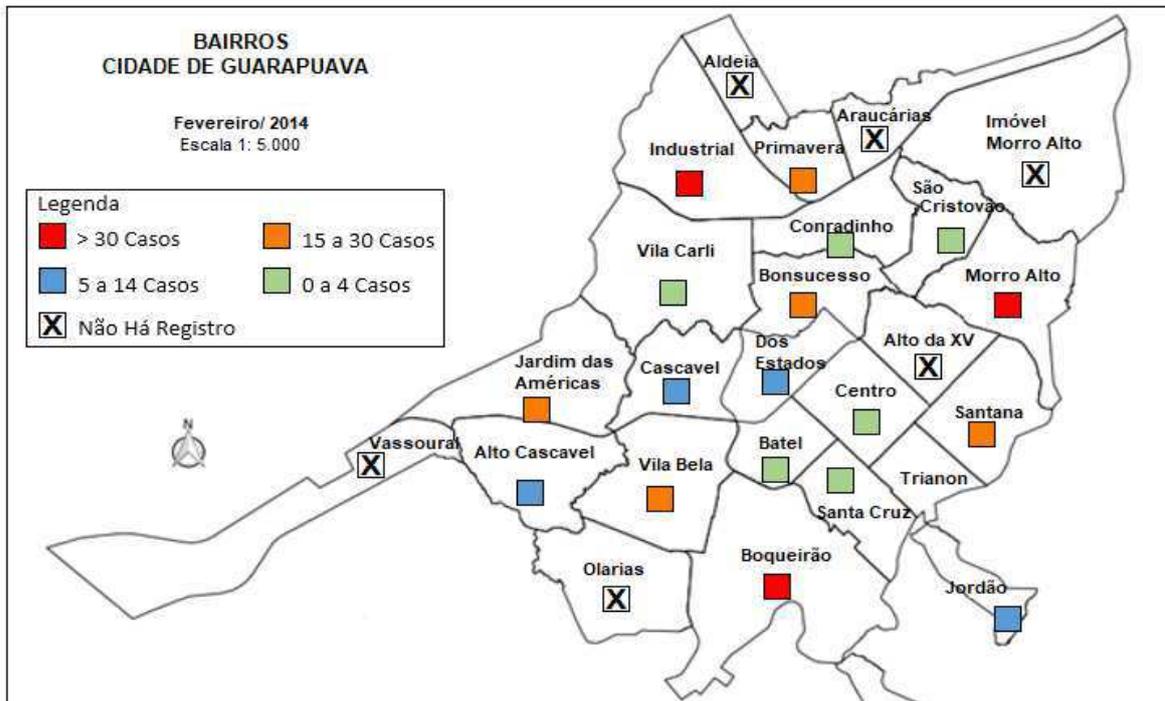


Figura 3 - Mapa dos bairros do município de Guarapuava de acordo com o total acumulado de número de casos de TB de 2005 a 2015.

Fonte: Prefeitura Municipal de Guarapuava (2013); Secretaria Municipal de Saúde (2015).

Com relação aos bairros do município de Guarapuava de acordo com o total acumulado de número de casos, pode-se inferir que a doença não possui um padrão espacial de distribuição na cidade, sendo notificado casos em todo o perímetro do município. No entanto, ganhou reforço a hipótese de que quanto mais afastado o bairro do centro da cidade, maior a probabilidade de existir um número elevado de indivíduos acometidos com a doença, corroborando com o entendimento de Silva (2007), Pinto (2016) e Brasil (2012).

Outro aspecto a ser considerado é que são bairros populosos, em que há uma possibilidade maior do surgimento dessa doença em função do grande número de pessoas residentes nas referidas localidades. Silva (2014) indica que os bairros mais populosos são aqueles que apresentam maior degradação da qualidade de vida, em função de serem afastados das regiões centrais da cidade, como também por não apresentarem uma infraestrutura adequada ao número de habitantes. Com isso, há o comprometimento dos determinantes sociais de saúde, o que pode favorecer o surgimento de casos de TB.

Surge uma situação de vulnerabilidade social, em que há maior risco de adoecimento, como também de dificuldades em relação ao tratamento, o que acarreta

uma condição propícia para que a TB, mesmo com todos os esforços empreendidos, não seja erradicada (SILVA, 2014).

Mediante esse panorama, a situação apresentada em Guarapuava – PR é condizente com o cenário geral, em que os bairros periféricos apresentam um número maior de casos de TB, devido à localização geográfica em que encontram-se, bem como por possuir infraestrutura adequada proporcionalmente ao número de residentes nos referidos bairros.

Em relação à frequência da notificação de casos de TB, por ano de notificação, considerando a escolaridade, identificou-se que há um percentual significativo entre os analfabetos e os que não conseguiram completar as três primeiras séries do Ensino Fundamental, com 40,12%, conforme evidencia Tabela 03.

Escolaridade	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Analfabeto	5	5	7	3	2	1	2	2	3	4	0	34
1ª a 4ª série incompleta	10	17	9	10	6	3	8	1	11	5	9	89
4ª série completa	0	0	5	8	8	8	4	6	7	2	1	49
5ª a 8ª série incompleta	13	10	4	4	1	3	3	9	3	4	9	63
Ensino fundamental completo	0	0	1	1	1	0	0	1	2	1	1	8
Ensino médio incompleto	3	10	0	3	0	0	2	1	2	1	1	23
Ensino médio completo	0	0	4	1	7	1	0	0	0	0	4	17
Educação superior incompleta	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	4
Educação superior completa	0	2	1	0	2	0	0	0	0	2	1	8
Ignorado	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	4	7
Não se aplica	2	2	2	3	1	1	1	0	1	1	0	14
Total	33	47	33	36	29	17	20	20	30	21	30	316

Tabela 3 - Ano de Notificação do Diagnóstico da TB segundo a Escolaridade

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET (2016).

A escolaridade é considerada como um dos principais determinantes de saúde relacionados com a TB, por haver uma relação direta entre sua ocorrência e o nível educacional das pessoas que sofrem desta enfermidade (BADZIAK e MOURA, 2010).

A relação estabelecida indica que, quanto menor for a escolaridade, maior será a possibilidade de a pessoa contrair essa enfermidade, principalmente quando se considera que sua condição educacional influi em outros determinantes sociais de saúde (IPARDES, 2016).

O percentual destacado em relação a TB é um pouco superior em relação a taxa de analfabetos e de pessoas que não concluíram o 1º ciclo do Ensino Fundamental (1º a 4º ano), com 30,12%. Badziak e Moura (2010) apontam que essa situação decorre de a educação propiciar uma formação pertinente para que o sujeito tenha melhores condições de ascensão social, via mundo do trabalho, que está cada vez mais seletivo e exigindo profissionais capacitados. Quando o tempo de estudo é pouco, os supracitados autores indicam que dificilmente o indivíduo conseguirá ter uma situação social cômoda, tendo que atuar em atividades laborais cuja remuneração não é suficiente para lhe garantir uma segurança financeira adequada, o que implica, entre outros fatores, morar nas regiões periféricas da cidade (em que o custo da moradia tende a ser menor), utilizar a saúde pública (que nem sempre é capaz de atender suas necessidades), exposto a uma infraestrutura inadequada (como a falta de esgoto e segurança), entre outras situações que realçam uma condição de vulnerabilidade social.

Considerando a realidade local, Guarapuava – PR, entre 60 cidades com mais de 30.000 habitantes, considerando os seis primeiros meses de 2016, ocupa o 56º lugar entre 60 cidades do Estado do Paraná na geração de empregos, indicando que a pessoa com pouca escolaridade dificilmente conseguirá emprego, pois, atrelado a este índice, o referido município apresenta um nível crescente de demissões, sobretudo na construção civil (principal setor que contrata mão de obra com pouca qualificação), conforme os dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – CAGED (BRASIL, 2016).

A apresentação dessa situação é para reforçar os efeitos ocasionados pela pouca escolaridade, sendo que, nos casos notificados da TB, tendo como base os que concluíram até o 4º ano do Ensino Fundamental, concentrou 55,80% dos casos notificados. Essa condição se torna ainda mais preocupante quando se considera que a chance de cura das pessoas com baixa escolaridade é inferior a 66% (BRASIL, 2012). Essa identificação é baseada nos seguintes fatores, apontados por Pelaquin, Silva e Ribeiro (2007, p. 316):

[...] os indivíduos com menor escolaridade, que frequentemente está associada a diversas outras condições sociais desfavoráveis, têm menor percepção da sua saúde e menos autocuidado, retardam a procura aos serviços de saúde e, conseqüentemente, o diagnóstico e o tratamento. Quando em tratamento, com frequência tendem ao abandono e ao uso incorreto das medicações (PELAQUIN, SILVA e RIBEIRO, 2007, p. 316).

Considerando o exposto, ocorre um ciclo de situações, envolvendo os determinantes sociais de saúde que contribuíram para que as notificações de TB em Guarapuava tivessem maior ocorrência junto às pessoas com menor escolaridade, situação que tem abrangência nacional (FURLAN, OLIVEIRA E MARCON, 2012).

Outro fator que suscita atenção na questão da tuberculose é de que as pessoas com baixa escolaridade não concluem o tratamento. Essa condição é ressaltada por Furlan, Oliveira e Marcon (2012), ao indicar que 8,5% dos pacientes no Paraná, no período de 2006 a 2010, abandonaram o tratamento. O perfil desses pacientes, segundo a referida autora, apresenta condição socioeconômica precária e tem baixa escolaridade.

No âmbito nacional, segundo Portela (2015), o índice de abandono atinge o patamar de 17%, sendo um dos fatores que mais influenciem nesta situação é a baixa escolaridade dos pacientes. Nesse sentido, Paiva, Pereira e Moreira (2011) relatam que, em pesquisa realizada em uma unidade sanitária de referência em Porto Alegre - RS, a taxa maior de abandono do tratamento foi de pessoas com baixa escolaridade. Girotti *et al.* (2010) ressalta essa perspectiva, destacando também que o abandono acarreta problemas mais sérios à saúde, como a resistência aos medicamentos e aumento do contágio, além da elevação do risco de óbito.

Em Guarapuava, a situação existente em relação à questão abandono/escolaridade, no período de 2005-2015, foi de 2 abandonos, segundo o DATASUS (2017), sendo que os pacientes tinham o ensino fundamental incompleto. Essa informação indica que, a respeito da baixa escolaridade da maioria dos pacientes no referido município, a taxa de abandono é baixa. Contudo, garante que as pessoas tenham acesso ao tratamento adequado, por conseguinte, acusando no desfecho do tratamento, a cura (DATASUS, 2017).

É essencial não suspender a medicação, mesmo que ocorra melhora do quadro, antes de encerrar o prazo do tratamento. Pois, quando o tratamento não é concluído, as bactérias que causam a infecção da TB ficam mais resistentes, vindo a piorar o quadro do paciente futuramente. Sendo a principal causa da reincidência da

TB, o abandono, faz com que a doença possa evoluir para meningites e infecções renais, hepáticas, da glândula suprarrenal e dos ossos, levando o paciente, em seu estágio mais elevado, a óbito (BARDOU *et al.*, 2016). Fica claro, portanto, que a reincidência (ou recidiva) da TB normalmente traz consigo complicações difíceis de serem tratadas. Bardou *et al.* (2016) ainda afirma que a reincidência está associada a um grande número de variáveis, sendo um indicador importante que merece atenção das autoridades sanitárias municipais.

No que diz respeito ao sexo (gênero) e faixa etária dos pacientes, a tabela 04 aponta a distribuição dos casos de TB notificados, considerando o período de 2005 a 2015.

ANO	FAIXA DE IDADE												TOTAL
	0 A 14		15 A 24		25 A 34		45 A 54		55 A 64		65 E		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
2005	2	1	1	0	5	2	12	7	0	1	2	0	33
2006	2	2	3	3	5	2	14	6	4	2	1	3	47
2007	1	2	0	4	2	0	11	7	2	1	2	1	33
2008	2	1	2	3	8	2	9	3	2	1	2	1	36
2009	1	1	0	1	8	1	8	4	4	1	0	0	29
2010	1	1	2	1	0	1	9	1	0	0	0	1	17
2011	0	2	5	0	1	0	5	4	2	0	1	0	20
2012	0	0	2	1	4	1	8	1	2	0	1	0	20
2013	2	0	2	0	3	0	12	3	5	0	3	0	30
2014	0	1	1	2	2	1	5	1	4	2	1	1	21
2015	0	0	4	0	5	3	13	1	2	0	1	1	30
TOTA	11	11	22	15	43	13	10	38	27	8	14	8	316
TOTA	22		37		56		144		35		22		316

Tabela 4 - Distribuição dos casos de TB notificados por sexo e faixa etária

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET (2016).

A predominância do sexo masculino é uma característica comum em relação à TB, tendo alcançado, em Guarapuava – PR, no período indicado, 223 casos novos, e que corresponde ao patamar de 70,57% de pessoas que adquiriram TB pela primeira vez, sendo proporcional, apenas na faixa de 0 a 14 anos, 11 casos em ambos os sexos. Em estudo realizado por Silveira, Adorno e Fontana (2007), em Bagé – RS, o total alcançado pelo sexo masculino foi de 74%.

Essa condição de risco em Guarapuava – PR, mesmo quando considera-se a proporção maior de mulheres para homens na população, no percentual de 51,11% a

48,89% (IPARDES, 2016), que não representa uma variação significativa, é fruto de uma condição cultural que ainda nos dias atuais vigora: o homem preocupa-se pouco com sua saúde.

Em relação a essa situação, Freitas *et al.* (2016, p. 45) afirma:

O sexo masculino ainda é o mais afetado pela TB, tanto neste estudo como o que se retrata na literatura, dados justificados pelo fato do homem não cuidar adequadamente de sua saúde e ainda estar mais exposto aos fatores de risco para a doença quando comparados às mulheres (FREITAS *et al.*, 2016, p. 45).

Nesse contexto, verifica-se que as ações envolvendo o tratamento, a prevenção e o controle da TB ainda não conseguiram atender aos homens que, devido aos seus hábitos e ao seu modo de vida, apresentam, de forma geral no Brasil, um risco maior de contrair esta enfermidade. Apresentam também uma possibilidade maior de abandonarem o tratamento, motivados pelos primeiros resultados positivos da atenção a sua saúde, como também dos compromissos diários, como o trabalho. Pinto (2016, p. 09) realça essa condição, ao afirmar que “a aparente melhora entre o segundo e o terceiro mês de tratamento, leva o paciente a pensar que está curado, abandonando-o, como também para atender outros interesses, como os laborais”.

Tal postura é percebida também por Queiroz (2008), identificando que o homem tem dificuldades em lidar com a doença, por crer que representa uma fraqueza, fazendo também com que procure o serviço de saúde tardiamente, quando sua saúde está bastante prejudicada.

Outro aspecto importante é que a adesão ao tratamento depende da possibilidade de conseguir relacioná-lo com seus compromissos diários, o que acarreta, muitas vezes, o esquecimento de tomar o remédio no horário indicado, o que compromete todo o processo de recuperação (QUEIROZ, 2008).

O fato de grande parte dos casos no município de Guarapuava – PR situarem-se nas regiões periféricas é mais um complicador nesse cenário, pois culturalmente, o homem com sintomas de TB que não encontram todos os recursos necessários no local em que reside, apontam a dificuldade de locomover-se para a região central como uma razão para o adiamento do diagnóstico e, como consequência, a piora do seu quadro clínico. Madeiro (2013, p. 05) indica que nessas áreas, a condição do atendimento a população é precária, caracterizada:

[...] falta de equipamentos médicos, mobílias, exame laboratoriais e até mesmo de medicamentos básicos para doenças graves. [...] A precariedade dessa situação fática leva ao retardo no diagnóstico de doenças e, conseqüentemente, uma piora em muitos prognósticos (MADEIRO, 2013, p. 05).

Nesse cenário, é importante que haja uma adequação do atendimento a quem tem TB, sobretudo no favorecimento de acesso ao diagnóstico e tratamento, indicando que a notificação é o primeiro passo de um programa mais abrangente, sobretudo na atenção as pessoas que possuem as características de risco, para que o índice existente da sua ocorrência possa ser ainda menor.

Em relação à idade, no município de Guarapuava – PR, o percentual maior encontrado foi na faixa etária dos 45 a 54 anos, com 45,57%. Essa condição, conforme indicação de Oliveira Júnior, Mendes e Almeida (2015), evidencia uma atenção maior aos pacientes, para prevenir outras intercorrências, o que tende a comprometer ainda mais sua saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nestas considerações finais, há de ponderar-se o que foi discutido no decorrer da pesquisa, com relação a TB possuir características distintas acerca das iniquidades que levam os indivíduos a adoecerem por essa enfermidade. Embora exista um histórico de trabalho para reduzir os índices da doença no município, ainda persistem números que devem ser avaliados pelos gestores de políticas públicas. Deste modo, esta dissertação pretendeu analisar as representações sociais de pessoas portadoras de TB, bem como a distribuição espacial dos casos da doença no município de Guarapuava, estado do Paraná, objetivo esse alcançado em sua conclusão.

Pôde-se verificar que a luta antituberculose tem sido matéria de destaque nas ações de saúde pública do país nas duas últimas décadas, tornando o Brasil referência no tratamento da TB, diagnosticando até 70% dos pacientes acometidos por essa doença e perspectiva de cura de 85% desses casos. Em relação ao abandono do tratamento, há estimativa de suspensão no patamar de 5% do total dos pacientes, sendo que no município de Guarapuava, em dez anos, apenas dois casos (cerca de 0,6% do total de casos) tiveram como desfecho o abandono do tratamento (BRASIL, 2017).

Além disso, o estudo demonstrou que a baixa escolaridade, indivíduos do sexo masculino e aqueles em idade economicamente ativa, devem ser prioridade do poder público em políticas públicas que considerem estratégias no processo de enfrentamento da TB para que a vulnerabilidade ao adoecimento seja modificada. Isto posto, pretende-se com os resultados desta investigação, nortear ações para promover um atendimento resolutivo e humanizado, contribuindo para a reorganização dos serviços de saúde pública no município de Guarapuava.

No que se refere a distribuição espacial da doença, observou-se que não existe um padrão espacial de distribuição das notificações, porém há um grande número de casos nos bairros periféricos do município, o que pode ter relação estreita com os determinantes sociais, que segundo a literatura estudada, áreas semelhantes apresentam características como: infraestrutura precária, maioria da população em condição de vulnerabilidade social, fatores de riscos ambientais (como baixa cobertura de saneamento), baixo nível de escolaridade, entre outros.

Ficou evidente que a TB em Guarapuava acompanhou a situação existente no país, apesar da incidência no município estar em média 13 pontos abaixo do índice encontrado para a doença em nível nacional. Ainda se comparado com o estado do Paraná e sua capital, Curitiba, a cidade tem a incidência um pouco menor. Reforçando, possivelmente, a boa atuação dos órgãos de saúde pública, pautada nas notificações (mesmo com diagnóstico tardio), no tratamento, no controle e na prevenção da TB.

Nesse cenário, é importante ressaltar que as condições sociais históricas e a expansão dos serviços públicos de saúde, como a implementação dos ESF's, favoreceram o nível de controle da TB, cujos resultados mais perceptíveis são as quedas constantes dos números dos casos no período de 2010 a 2015, no qual Guarapuava acompanhou essa tendência. No entanto, pôde-se inferir que apenas estrutura de atenção adequada a saúde dos indivíduos, sem considerar os determinantes sociais da TB, terão impacto positivo temporário, porém a doença persistirá no meio social, afligindo quem possui situação socioeconômica precária.

Em relação as pessoas em situação de vulnerabilidade social, todo projeto de controle de epidemias deve ser planejado, levando em consideração que a falta de conhecimento, inerente a situação social desses indivíduos, interfere no processo saúde/doença, pois determina o significado do autocuidado. Do mesmo modo, quando a pessoa vive em um meio social marcado pela precariedade, o risco de adoecer é elevado, como também acarreta outras situações abordadas nesta pesquisa como a não notificação, o abandono do tratamento, a dificuldade de seguir as recomendações médicas, entre outras. Não há como argumentar que tais posturas são de escolha pessoal, posto que a atenção primária a saúde envolve sensibilizar o paciente e empoderá-lo em relação a sua condição de saúde, para que possa ter um nível maior de percepção da necessidade de aderir de maneira significativa ao tratamento clínico estipulado.

Apesar de Guarapuava apresentar uma situação controlada da TB, as iniquidades relativas a essa doença precisam de uma atenção maior, para conferir às pessoas uma situação digna de vida, que é um passo importante para que se atinja em 2035 o objetivo proposto pela OMS para erradicação dessa doença no país.

Os avanços ocorridos ao longo dos anos no trato a essa enfermidade revelam a possibilidade concreta de atingir essa meta, mas que demanda maior atenção às

iniquidades relativas a TB, para que se estabeleça uma situação social estimulada pela prevenção, com isso, minimizando os fatores ambientais de risco.

Por tudo isso, o presente estudo propiciou o entendimento de que a TB é uma doença social, e precisa de um olhar mais amplo, não apenas biológico, mas integral para todos os determinantes sociais da enfermidade. Objetivando-se ainda, instigar o leitor a considerar os múltiplos fatores que estão envolvidos em torno dessa doença, gerando assim um sentimento de responsabilidade para propor soluções no desenvolvimento de suas comunidades por meio da construção de sua saúde.

Por fim, pretende-se ter contribuído de forma efetiva com o arcabouço literário a respeito dessa doença, mesmo não esgotando as discussões sobre o assunto, despertando o interesse de outros pesquisadores na luta antituberculose.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.; D'ANDREA, T.; LUCCA, D. **Etnografia comparada de pobreza urbanas**. Ed 82. Novos Estudos, p. 109-130, novembro de 2008.

AMBULATÓRIO MUNICIPAL DE PNEUMOLOGIA E DERMATOLOGIA SANITÁRIA. Guarapuava tem 19 casos de Tuberculose em 2016. **Jornal Correio do Cidadão**, ed. 6, 02 de junho de 2016.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para a efetivação da saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 3, n. 1, p. 69-79, junho de 2010.

BARDOU, M.L.D, ERVOLINO, S, MARTINS FILHO, I.S.P, YANG, H.M., PASSOS, S.D. Recidiva de tuberculose na cidade de Jundiaí no período de 2006 a 2011: perfil clínico e epidemiológico. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 3, p. 258-264, june 2016. ISSN 2176-7262. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/120283/117441>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

BERTOLLI FILHO, C. História social da TB e do tuberculoso: 1900-1950. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 248p. **Antropologia & Saúde collection**. ISBN 85-7541-006-7.

BRASIL. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED). **Relatório semestral de admissões e dispensa**. Brasília: Ministério do Trabalho, setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para o controle da tuberculose**: cadernos de atenção básica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 444 p. : Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde.

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

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Especial Tuberculose**: Boletim Epidemiológico, v. 43, n. especial, março de 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à Tuberculose**. Boletim Epidemiológico, v. 46, n. 9, 2015.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano nacional pelo fim da tuberculose/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo Patologia**. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Faculdade de Medicina. 6 ed. Guanabara Koogan S.A. Belo Horizonte, MG, 2000; 320-321.

BUCHALLA, C. M.; WALDMAN, E. A.; LAURENTI, R. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 4, 2003.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO A. A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad Saúde Pública**, vol. 22, num. 9, Rio de Janeiro Set. 2006.

CARDOZO-GONZALES RI, COSTA LM, PEREIRA CS, PINHO LM, LIMA LM, Soares DMD, et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. **Rev enferm saúde**. 2011; 1(1): 24-32.

CARVALHO, A.I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38.

COELHO, C. C. **História da TB em populações indígenas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

CONDE, M.B., SOUZA G.M., KRITSKI A.L. **Tuberculose sem medo**. Editora Atheneu. 1ª ed. São Paulo: 2002.

COSTA, C., BEREZE, J., ANDRADE, A.R. Precipitação Nival em Guarapuava-PR no inverno 2013 e as condições do tempo local e regional. In: **ANAIS DO XII SIMPÓSIO BRASILEIRO DE CLIMATOLOGIA GEOGRÁFICA**, Goiânia, GO, 2016. Disponível em: [http://www.abclima.ggf.br/sbcg2016/anais/arquivos/eixo_6/trabalho%20\(28\).pdf](http://www.abclima.ggf.br/sbcg2016/anais/arquivos/eixo_6/trabalho%20(28).pdf). Acesso em: 2 fev. 2017. ISBN: 978-85-495-0083-0.

COZER, A. M.; ASSIS, L. P. F.; GRACIANO, A. R.; AMÂNCIO, V. C.; DIAS, D. C. S. Panorama epidemiológico da tuberculose no Brasil. **Revista Educação em Saúde**, v. 4, n. 2, p. 43-50, 2016.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296p.

DATASUS, **Tabulação de Dados**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercPR.def>. [Acesso em: 10 de junho 2017].

FAÇANHA, M. C. Tuberculose: subnotificação de casos que evoluíram para o óbito em Fortaleza-CE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 1, p. 25-30, 2005.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração Ensino-Serviço**. / Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância; coordenado por Maria José Procópio. – ed. 6, Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FREITAS, W. M. T. M.; SANTOS, C. C.; SILVA, M. M.; ROCHA, G. A. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de Tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém – Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 7, n. 2, p. 45-50, 2016.

FURLAN, M. C. R.; OLIVEIRA, S. P.; MARCON, S. S. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, suplemento, 2012.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, ago. 2001.

HIJJAR, M. A.; GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G. M.; PROCÓPIO, M. J. Retrospecto do controle de TB no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 41, suplemento n. 1, 2007.

HIJJAR, M. A.; GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G. M. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2011; 41(1):50-8.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Nota 1: Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2014 publicada no Diário Oficial da União em 28/11/2014**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=410940&idtema=130&search=parana%7Cguarapuava%7Cestimativa-da-populacao-2014->>. Acesso em: 18/08/2017.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Caderno Estatístico Município de Guarapuava** – PR. Curitiba: IPARDES, outubro de 2016.

MACIEL, M. S. MENDES, P. D., GOMES, A. P., BATISTA, R. S. A história da TB no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev. Bras. Clin. Med. São Paulo**, 2012 mai-jun;10(3):226-30.

MADEIRO, R. C. V. Crise na saúde pública. **Revista Jurídica Consulex**, n. 387, agosto de 2013.

MAGALHÃES R.; BURTLANDY, L. SENNA, M.C.M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, num. 6, Dez. 2007, PP. 1415-1421.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONDIN, Battista. **O homem, quem é ele?** São Paulo: Paulinas, 1986.

MURRAY, J. F. A century of tuberculosis. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v.169, n. 11, p. 1181-1186, June 2004.

NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D.; FRANÇA, U. M.; ALMEIDA, S. A.; LIMA, D. S.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; VILLA, T. C. S. O sistema de informação e o controle dos municípios prioritários da Paraíba – Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 43, n.1, p. 125-131, 2009.

OLIVEIRA JÚNIOR, H. S.; MENDES, D. H. C.; ALMEIDA, R. B. Prevalência de casos de tuberculose durante os anos de 2000 a 2012 no município de Palmas – Paraná – Brasil. **Revista Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 8, n. 1, p. 43-57, abril de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. **[Documento de Discussão]**. Rio de Janeiro, Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, 19-21 Outubro; 2011. 47p.

PAIVA, V. S.; PEREIRA, M.; MOREIRA, J. S. Perfil epidemiológico da Tuberculose pulmonar em unidade sanitária de referência em Porto Alegre, RS. **Revista da AMRIGRS**, v. 55, n. 2, p. 113-117, junho de 2011.

PELAQUIN, M. H.H.; SILVA, R. S.; RIBEIRO, S. A. Fatores associados ao óbito por tuberculose na zona leste da cidade de São Paulo, 2001. **J. bras. pneumol.** 2007, vol.33, n.3, pp.311-317. ISSN 1806-3713. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000300013>.

PELLEGRINI FILHO, A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. **Cad Saúde Pública**, 2011.

PILLER, R. V. Epidemiologia da TB. **Pulmão**, v. 21, n. 1, p. 4-9, 2012.

PINHEIRO, A. G.; ZANETTI, V.; PIPALI, M. A. Representações sociais da Tuberculose: Um breve estudo sobre a estância climática de São José dos

Campos/SP. **Revista do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História do Brasil da UFPI**. Teresina, v. 2, n. 2, ago. 2015.

PINHEIRO, R. S.; OLIVEIRA, G. P.; OLIVEIRA, E. X. G.; MELO, E. C. P.; COELI, C. M.; CARVALHO, M. S. Determinantes sociais e autorrelato de TB nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, n. 6, 2013.

PINTO, W. TB, uma doença de periferia. **Jornal da Universidade do Pará**, n. 130, abril/maio de 2016.

PONCE, M. A. Z.; VENDRAMIN, S. H. F.; SANTOS, M. R.; SANTOS, M. L. S. G.; SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S. Vínculo profissional/doente no tratamento da TB: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, 2011.

PORTELA, N. L. C. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa da literatura. **Revista UNIVAP**, v. 21, n. 38, dezembro de 2015.

PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 43-49, set. 2007.

QUEIROZ, R. Diferenças na adesão ao tratamento da Tuberculose em relação ao sexo. 2008. 95 p. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)**. São Paulo: USP, 2008.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 Ed., São Paulo: Atlas, 2007.

ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 15-23, mar. 2004.

RUFINNO NETO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, vol. 35, num. 1 Uberaba Jan./Fev. 2002.

SANTOS, J.S. Resposta brasileira ao controle de TB. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, suplemento, p. 89-94, 2007.

SILVA JR. J. B. Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica. **J. Bras. Pneumol.** [online]. 2004, vol.30, suppl.1, pp.S57-S86. ISSN 1806 3713. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132004000700003>.

SILVA, K. O. A periferização causada pela desigual urbanização brasileira. **Revista Urutágua**, n. 11, março de 2007.

SILVA, T. C. Tuberculose e sua relação com a vulnerabilidade social: uma abordagem espacial. 2014. 53 f. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)**. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2014.

SILVEIRA, M. P. T.; ADORNO, R. F. R.; FONTANA, T. Perfil dos pacientes com TB e avaliação do programa nacional de controle da Tuberculose em Bagé, RS. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n. 2, p. 199-205, 2007.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde**: ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (Rascunho). Genebra: OMS, 2005.

SOUZA, C. G. A influência do ritmo climático na morbidade respiratória em ambientes urbanos. 2007.199 f. **Dissertação (Mestrado em Geografia)**. Presidente Prudente: Universidade Estadual Paulista, 2007.

TOUSO, M. M.; POPOLIN, M. P.; CRISPIM, J. A.; FREITAS, I. M.; RODRIGUES, L. B. B.; YAMURA, M.; PINTO, I. C.; MONROE, A. A.; PALHA, P. F.; FERRAUDO, A. S.; VILLA, T. C. S.; ARCÊNCIO, R. A. Estigma social e as famílias de doentes com TB: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, 2014.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública**, volume 7/ Eliseu Alves Waldman ; colaboração de Tereza Etsuko da Costa Rosa. – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

VILLA T.C.S; RUFFINO NETTO, A. Questionário para avaliação e desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J São Paulo: Bras Pneumol.**, 2009.