

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Escola de Enfermagem
Bacharelado em Saúde Coletiva



NARRATIVAS DE TRABALHO COM A TUBERCULOSE:
escutas de um agente comunitário de saúde como mediador
no processo da adesão ao tratamento.

Selmar Aldoni dos Santos Severo

Porto Alegre, 2017

Selmar Aldoni dos Santos Severo

NARRATIVAS DE TRABALHO COM A TUBERCULOSE:

escutas de um agente comunitário de saúde como mediador
no processo da adesão ao tratamento.

Trabalho de conclusão de curso de
graduação apresentado à Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva.

Orientador: Professor Dr. Roberto Henrique Amorim de Medeiros

Porto Alegre, 2017

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Nome do Professor e Instituição

Nome do Professor e Instituição

Nome do Professor e Instituição (orientador)

Agradecimentos

Aos meus Orixás e meus pais, Pedro e Lorena (*In memoriam*), que me incentivaram e, mesmo não estando aqui neste momento, fisicamente foram, são e serão sempre lembrados por terem me motivado em todas as muitas vezes em que pensei em desistir.

Aos meu professores e, em especial, ao meu orientador, Prof. Dr. Roberto Henrique Amorim de Medeiros, por ter me orientado, por me incentivar, por insistir e por não desistir, e encontrar dentro de mim a força que todos temos e, por vezes, não conseguimos visualizar.

Aos demais professores que me acompanharam enquanto graduando e foram essenciais para a minha formação como profissional e para minha evolução como pessoa.

Agradeço aos meu familiares e, em especial, às minhas amigas Karina Gonçalves e Patrícia Berg, além de a todos os demais que estiveram comigo nessa jornada, que são parte desta vitória.

A Morte

*“Oh! Que doce tristeza e que ternura
No olhar ansioso, aflito dos que morrem...
De que âncoras profundas se socorrem
Os que penetram nessa noite escura!
Da vida aos frios véus da sepultura
Vagos momentos trêmulos decorrem...
E dos olhos as lágrimas escorrem
Como faróis da humana Desventura.
Descem então aos golfos congelados
Os que na terra vagam suspirando,
Com os velhos corações tantalizados.
Tudo negro e sinistro vai rolando
Báratro abaixo, aos ecos soluçados
Do vendaval da Morte ondeando, uivando...”*

(João da Cruz e Souza)

RESUMO

Este trabalho foi proposto com o objetivo de produzir narrativas a partir das vivências no campo de trabalho, como agente de saúde atuante no processo de adesão ao tratamento da Tuberculose em uma população em situação de vulnerabilidade social, com o intuito de constituir experiências passíveis de transmissão. Propôs-se a analisar os motivos apresentados pelos pacientes e familiares que justificassem a sua adesão, ou não, ao tratamento da Tuberculose. A partir das narrativas construídas pelo Agente, se pôde reconhecer a importância do programa de tratamento à Tuberculose, oferecido pelo SUS, no qual atua esse profissional, como meio de redução dos altos índices, ainda nos dias atuais, de mortalidade em razão da doença. A análise dos relatos sugeriu que o reflexo do trabalho desse agente, junto aos territórios abrangidos no tratamento, pode ser de extrema relevância para o convencimento dos pacientes para adesão ao serviço oferecido, e enfatiza o quanto esse agente precisa estar atento para com a comunidade atendida. Destaca-se que, para que se tenha êxito, se faz necessária a mediação desse trabalhador, por meio do contato com o paciente, para constituição do elo entre a unidade de saúde e os demais profissionais. Através dessa expertise, consegue-se adentrar cotidianamente nas residências realizando visitas e estabelecendo vínculos de afetos entre todos. Conclui que, desse modo, faz-se com que os pacientes se sintam verdadeiramente acolhidos e integrantes de uma comunidade que possui uma luta em comum: a erradicação da Tuberculose.

PALAVRAS CHAVE: Saúde coletiva. Narrativas sobre Tuberculose. Agente Comunitário de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS)

ABSTRACT

This work aims to produce narratives of the experiences in the field of work, as a health agent acting in the process of adherence to the treatment of Tuberculosis in a population in situation of social vulnerability, craving to constitute experiences that can be transmitted. It was proposed to analyze the reasons presented by the patients and their relatives that justified their adherence or not to the treatment of Tuberculosis. From the narratives constructed by the Agent, it can be recognized the importance of the Tuberculosis Treatment Program, offered by the SUS (Unified Health System), in which this professional acts, as a means of reducing the high rates of mortality due to the disease. The analysis of the reports suggested that the effects of the work of this agent, along the territories covered in the treatment, can be of extreme relevance for the convincing of the patients to join in the offered service, emphasizing how this agent needs to be attentive to the served community. It is worth noting that, in order to be successful, it is necessary to mediate this worker through the contact with the patient to form the link between the health unit and other professionals. By means of this expertise, it is possible to enter daily in the residences realizing visits and establishing bonds of affection between one and all. It concludes that, in this way, it makes patients feel truly welcomed and part of a community that has a common struggle: the eradication of Tuberculosis.

KEY WORDS: Collective health. Narratives on Tuberculosis. Community Health Agent. Unified Health System (SUS).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNCT	Programa nacional de Controle da Tuberculose
PNH	Programa Nacional de Humanização
SMS	Secretária Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	11
2. ACS NO CONTEXTO DA TUBERCULOSE: ADENTRANDO OS TERRITÓRIOS.	13
2.1. A Construção das narrativas – uma questão de método	13
3. A TUBERCULOSE – DADOS HISTÓRICOS.....	16
3.1. A tuberculose em escala mundial	17
3.2. A Tuberculose no Brasil	18
3.3. A Tuberculose no Estado do Rio Grande do Sul.....	18
3.4. Breve Histórico do Hospital Sanatório Partenon	21
4. A CONSTRUÇÃO DAS NARRATIVAS.....	23
4.1. Primeira Narrativa	23
4.2. Segunda Narrativa	25
4.3. Terceira Narrativa	26
4.4. Quarta Narrativa.....	27
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	29
REFERÊNCIAS.....	33

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada por um micróbio nominado bacilo de Koch. O contágio se dá de pessoa para pessoa, principalmente em ambientes fechados, sem ventilação, atingindo os pulmões e também outras partes do corpo, como ossos, rins, intestinos. Seu controle é baseado na busca de casos, no diagnóstico precoce e no seu tratamento até a cura, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis adoecimentos. Nesse sentido, o Brasil conta com o Programa Nacional de Controle de Tuberculose, que tem o “objetivo de reconhecer pontos importantes da elaboração de um estudo sobre adesão e abandono do tratamento da tuberculose” (PNCT). Entre seus objetivos estão a redução da morbidade e da transmissão da TB. O PNCT pretende manter o índice de 70% na detecção dos casos anuais, 100% no tratamento correto e 85% de cura. Para isso, o primeiro contato precisa de profissionais capacitados e com habilidade no trato com esta população, estabelecendo uma relação de confiança, fato que permitirá adesão e continuidade ao tratamento. Trata-se, desse intermediário, do agente de saúde.

Não são apenas dados numéricos que demonstram a importância do trabalho do agente. Embora sejam imprescindíveis, é preciso reconhecer que seu papel vai além de um número determinado de visitas. Porém, antes, é preciso reconhecer o quanto suas visitas impactam na permanência no tratamento. Pode-se dizer que são os geradores de demanda para as unidades de saúde. Em outras palavras, são os mediadores entre o território e os postos de atendimento e tratamento.

Os agentes são os profissionais que atuam em uma unidade de saúde do SUS e, a partir de um determinado território, realizam a busca ativa dos pacientes sintomáticos respiratórios e assintomáticos, realizando um trabalho educativo e de promoção em saúde, bem como de prevenção de agravos. São eles que fazem o primeiro contato com as famílias, identificando os reais ou potenciais pacientes, encaminhando-os para tratamento de acordo com a necessidade de cada um.

Partindo desse contexto, analisar a relevância desses agentes de saúde no trabalho de convencimento da população para o tratamento da Tuberculose torna-se o cerne do presente estudo.

OBJETIVO GERAL

Este estudo tem por objetivo produzir narrativas a partir das vivências no campo de trabalho como agente de saúde no processo de adesão ao tratamento da TB em uma população em situação de vulnerabilidade social, com o intuito de constituir experiências passíveis de transmissão.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ -Construir narrativas, a partir do trabalho dos agentes comunitários com pacientes que aderiram ao tratamento de saúde oferecido pelo SUS;
- ❖ -Reconhecer a importância, ou não, da família para a adesão e permanência no programa de tratamento à tuberculose, oferecido pelo SUS, quando conectada ao trabalho de convencimento dos agentes de saúde com os pacientes, a partir das narrativas de trabalho com TB de ACS;
- ❖ -Identificar, nas narrativas, o reflexo do trabalho dos agentes junto aos territórios abrangidos no tratamento.

Para alcançar os objetivos deste estudo, identificar e especificar o programa ao qual esses profissionais estão ligados são passos importantes para que se possa compreender seu funcionamento e o papel a ser desempenhado pelos ACS. Sendo assim, no próximo capítulo, apresento o Programa Nacional de Controle de Tuberculose, para maior entendimento da importância do trabalho oferecido pelo SUS, levado a cabo por diversos profissionais, entre eles, o agente comunitário de saúde.

1. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose, no que tange a sua atuação, utiliza-se de estratégias inovadoras, com o intuito de ampliar e fortalecer o Tratamento Diretamente Observado – TDO, priorizando a articulação com outros programas governamentais na tentativa de ampliar o controle da tuberculose, bem como de outras doenças correlatas, entre elas a AIDS. A descentralização é uma das medidas de controle para a atenção básica, cuja intenção está na ampliação do acesso da população em geral e com vulnerabilidade ou sob risco acrescido de contaminação. Exemplos são as pessoas em situação de rua, as privadas de liberdade e a população indígena.

Segundo o Manual De Recomendações Para O Controle Da Tuberculose No Brasil, editado pelo Ministério da Saúde,

[...] a manutenção da Tuberculose como um problema de saúde pública faz com que novas respostas devam ser pensadas no sentido de promover a equidade, garantindo o acesso aos pacientes, visando não apenas o seu atendimento e bem-estar, mas, em sentido mais amplo, a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS em suas diretrizes. (BRASIL, 2011, p.166)

A primeira e maior novidade do Sistema Único de Saúde é seu conceito de saúde. Fica evidenciada a necessidade de encarar saúde, não apenas como a ausência de doença, mas, antes, a partir de um comprometimento por parte dos profissionais envolvidos para querer reduzir a desigualdade e a insatisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde.

A forma pensada para enfrentar essa situação foi a de ressignificar a concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, de sociedade. Duas questões foram pensadas em paralelo e concomitantemente: uma, i) a necessidade de abrir unidades, contratar profissionais, comprar medicamentos; a outra, ii) conceber

a atenção à saúde como um projeto que iguala saúde a condições de vida minimamente dignos.

Outros conceitos foram agregados ao SUS, como o de unicidade e de sistema. Sistema enquanto utilização de um conjunto de várias instituições, de todos os níveis governamentais, assim como do setor privado, seja no formato contrato ou convênio, interagindo, todas, para um mesmo fim. Em relação à unicidade, é dever de todas trabalhar a partir de uma mesma doutrina, porém, sem esquecer as especificidades de cada local. E é aqui que a figura do agente é de suma importância, pois é ele que irá realizar o elo entre o sistema e o território, ou seja, entre o global e o local.

O SUS precede de um núcleo comum único, que determina as regras e as doutrinas que irão nortear e regulamentar todo o trabalho. Quando falamos de doutrinas, estamos nos referindo a: Universalidade – todos têm o direito ao acesso; Equidade - diminuição das desigualdades; Integralidade - ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde; Regionalização e Hierarquização - organização por complexidade tecnológica e por área delimitada geograficamente, com definição da população a ser atendida. Para fins de conceituação, essa área, neste estudo, será definida por território, pegando emprestadas as palavras de Certeau, quando o define como local “onde se desdobram e se repetem dia a dia os gestos elementares [...] é antes de tudo o espaço doméstico, a casa da gente (1996, p. 203). O PNCT prevê, também, o acesso por meio de serviços de nível primário de atenção, em que a atuação de profissionais qualificados no atendimento e na resolução de problemas faz-se necessária. É nesse nível em que se encontram os sujeitos de nossa pesquisa.

2. ACS NO CONTEXTO DA TUBERCULOSE: ADENTRANDO OS TERRITÓRIOS.

Como o olhar desta pesquisa está voltado para os agentes comunitários de saúde, faz-se importante descrever suas atribuições e metas dentro do tratamento da tuberculose. São elas: i) identificação dos pacientes sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade; ii) encaminhar casos suspeitos à equipe de saúde, que é formada por médicos, enfermeiros e técnicos; iii) orientar as famílias, fornecendo contatos da unidade e de locais onde que possam ser assistidos. É importante ressaltar que a escolha do tema se deu em razão do trabalho realizado por mim há mais de dez anos, do qual, nos últimos dois, vivencio cotidianamente essa relação com os pacientes que, por ventura, são acometidos por tuberculose. E, através da capacitação obtida, passei a ter um olhar mais acurado e sensível com relação aos sintomas, bem como uma relação de vínculo e de proximidade junto às famílias dos pacientes. Por meio desse vínculo estabelecido, passo a ter uma escuta mais efetiva com eles, de modo a ser, sem presunção, uma referência quando esses pacientes e seus familiares necessitam de apoio para dar continuidade ao tratamento.

Todas essas experiências me levaram a pensar numa forma de construir um referencial que pudesse apoiar meu trabalho de forma mais qualificada e legítima. Foi assim que passei, em vez de criar relatórios frios e quantitativos, a elaborar narrativas a partir de minhas trocas com os pacientes, seus parentes ou pessoas próximas.

2.1. A Construção das narrativas – uma questão de método

Por meio das visitas realizadas, foram coletados dados, sendo transcritos em forma de narrativas, as quais serão utilizadas como documentos primários nessa pesquisa. As visitas, seguidas de diálogos, foram obtidas de forma a serem reflexivas, sendo as análises qualitativas. Tais visitas ocorreram na cidade de Porto Alegre, no bairro Partenon, no período compreendido entre fevereiro de 2016 e julho de 2017. Os nomes dos pacientes são fictícios, a fim de garantir-lhes o anonimato.

Todas as narrativas encontram-se na íntegra, acompanhadas de prévias discursivas, e delas são retiradas as observações que compõem as conclusões do trabalho. Tais observações visam a construir um perfil retirado das contribuições dadas pelos portadores da doença. Por intermédio da construção das narrativas, neste trabalho, espera-se interrogar se uma escuta qualificada dos ACS pode contribuir para o processo de adesão ao tratamento, auxiliando na eficácia do trabalho das equipes, ou construir novas estratégias para a cura de todos os pacientes com tuberculose – uma generalização do *modus operandi*.

Segundo Walter Benjamin (1994), a narrativa se constitui uma forma artesanal de comunicação. Sua intenção não é ser apenas um relatório, “não está interessada em transmitir o “puro em si” da coisa narrada como uma informação” (NP). Antes, porém, é preciso um mergulho na vida do narrador, que transmite uma experiência cultural por meio de sua narrativa. Logo, o papel do narrador é de suma importância nessa relação, pois ele é um artesão, que, tendo sua matéria prima, vai usar de seu talento, de sua sensibilidade e de sua amorosidade, pois só assim será fiel ao sentimento e desejos expressos pelo outro. Dito de outra forma, aquele que narra é afetado pelo narrador e vice-versa. É o afeto entre ambos que irá determinar o quanto de “argila” será dada ao “oleiro” para a confecção da obra.

Inspirado em Walter Benjamin, ousou dizer que os agentes comunitários são fundamentais na escuta da população, em relação ao atendimento dos pacientes assistidos pelo SUS, podendo seus relatos, escutados como narrativas, constituírem material de pesquisa para áreas ou instituições de saúde. Nesta perspectiva, construir narrativas a partir do trabalho realizado com a população ajuda na percepção de como essa população é tocada e instigada pelo mesmo e o quanto isso influencia em sua adesão, ou não, ao tratamento.

Dessa maneira, busquei construir narrativas a partir de minhas atividades para apresentar as experiências vividas, que, segundo Benjamin, ao passar de pessoa a pessoa, se constituem em fonte. Neste caso, como sendo fonte de transmissão de cultura, as tomo como fonte de pesquisa para detectar pontos cegos e possíveis desvios na criação de novas estratégias de convencimento ao tratamento da TB.

Por que narrativas? Porque o agente se constitui em um ouvinte das histórias contadas pelas famílias de seu território. Porque observar e escutar são tarefas necessárias de seu labor. Essa população, geralmente moradora de periferias e em

situação de vulnerabilidade social, embora pouco viaje, tem muitas histórias para contar, além de ter retratos de mundo em que se pode visualizar tradições e formas de viver e conviver, seja com a saúde, seja com a doença. Existe um mundo à parte que às vezes não nos chega pelos livros ou pelos artigos acadêmicos, mas somente quando observamos mais atentamente a vida em sociedade. Maffessoli (1987), ao falar do papel da sociedade, vai dizer que existe uma *centralidade subterrânea informal*, e que é para ela que devemos nos atentar, para aprendermos a criar novos instrumentos de análises, menos antiquados dos que conhecemos ou utilizamos.

No capítulo seguinte apresento dados importantes que auxiliarão a análise final da pesquisa.

3. A TUBERCULOSE – DADOS HISTÓRICOS

A Tuberculose é uma doença infecciosa transmitida pelo bacilo de Koch, tendo seu micróbio sido identificado em 1882. Porém, há casos no Brasil que remontam ao período de sua colonização. De lá para cá, seu tratamento evoluiu, sendo, inclusive, garantido pelo Sistema único de Saúde. Ainda hoje, com todo o avanço de informações e conhecimentos sobre a TB, e da sociedade em geral por conta, também, do avanço da ciência e da tecnologia, temos que conviver, porém, com a estigmatização dos pacientes. É quando falamos de tuberculose para a população acometida, ou quando ela não está no grupo de vulnerabilidade, que percebemos o estigma, ou seja, transparece o preconceito contra a doença, fato que leva à segregação da pessoa infectada, devido ao temor por conta do forte poder de contágio da enfermidade.

Contudo, quando diagnosticadas, as pessoas tendem a reconhecer que estão doentes e, com isso, o convencimento para aderir ao tratamento precisa ser reforçado pelos profissionais da área da saúde, tendo em conta esse preconceito que está enraizado no imaginário coletivo, ou seja a, a figura do ser “tuberculoso”. Essa figura remonta a séculos passados, tempo em que esses doentes eram colocados em hospitais afastados e, muitas vezes, resultavam esquecidos por seus parentes, pelo temor da contaminação – o qual remanesce até os dias atuais.

Nesse momento – de confirmação do diagnóstico –, o trato com a população precisa de um trato humano especial, em que ela – a população – precisa se sentir confiante nos profissionais e acolhida pelas instituições que prestam os serviços que se lhe tornam imprescindíveis. Por isso, o SUS já conta com o serviço “Humaniza SUS”, (PNH) em que:

[...] busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que

inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si¹. (BRASIL, 2003, NP)

Esse excerto nos remete à questão do acolhimento, que não necessariamente precisa ter um local definido, nem um profissional específico, mas, antes, pode ser realizado por todos, desde que sejam respeitados os preceitos éticos de qualquer profissão, de acordo com o próprio PNH.

Dados sobre a doença, analisados de maneira isolada, pouco nos têm a dizer. Porém, contextualmente, tornam-se relevantes para demonstrar o quanto ainda há por fazer no RS e em Porto Alegre para a completa erradicação da Tuberculose.

Com o intuito de agregar mais subsídios para o leitor entender a problemática da Tuberculose e compreender a necessidade de mais estudos visando à sua erradicação, e tendo como ponto de partida os serviços públicos prestados, apresento a Tuberculose em escala mundial, bem como dados relevantes sobre a doença em nível nacional.

3.1. A tuberculose em escala mundial

A Organização Mundial da Saúde, há mais de décadas, considerou a Tuberculose “em estado de emergência no mundo, onde ainda é a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos”. Segundo a OMS, “um terço da população já está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, e o número atual de casos novos da doença estão em torno de 8.6 milhões. Estima-se 1,3 milhão de óbitos/ano por Tuberculose” (PNCT, 2014, NP).

¹ Disponível em: <<http://portalmms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus>> Acessado em: 24 de set de 2017.

3.2. A Tuberculose no Brasil

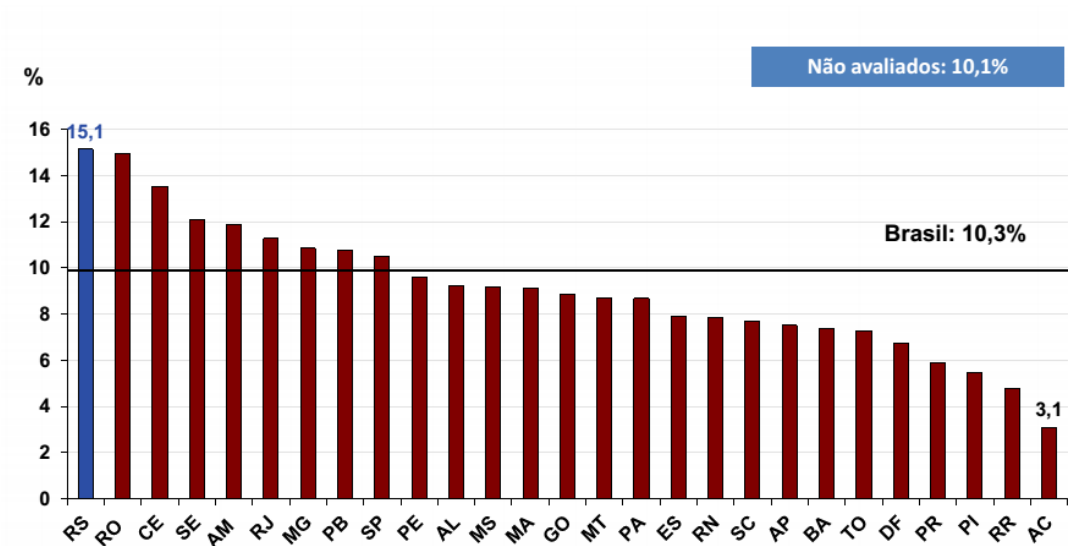
O Plano Nacional de Combate à Tuberculose apresenta dados referentes ao Brasil. Eles mostram que nosso país ocupa o 15º lugar entre os 22 países responsáveis por 82% do total de casos de Tuberculose relatados no mundo. Em 2011, foram notificados 4,6 mil óbitos decorrentes dessa doença. Em 2013, foram notificados 70 mil novos casos. Esse documento destaca que ela é a quarta causa de morte por doenças infecciosas e representa a primeira causa de morte em pacientes soropositivos (PNCT, 2014, NP).

3.3. A Tuberculose no Estado do Rio Grande do Sul

No Rio Grande do Sul foram muitos os casos de notificação de TB. Só em 2015, foram 6842, deixando o Estado na 7ª colocação em taxa de incidência do país (coeficiente de incidência de 40-60/100 mil hab.). Em relação à taxa de coinfeção, o casamento TB-HIV apresentou uma taxa maior se comparada ao resto do país: o dobro (20%), tendo 588 óbitos em 2015, de acordo com dados do Centro Estadual de Vigilância em Saúde do RS (CEVES-RS). Abaixo, apresentam-se três gráficos que nos permitem fazer uma comparação do Rio Grande do Sul com o Brasil, no que diz respeito ao número de abandonos do tratamento de Tuberculose, com média estadual superior à nacional.

Tuberculose RS/ Brasil – Abandono 2014

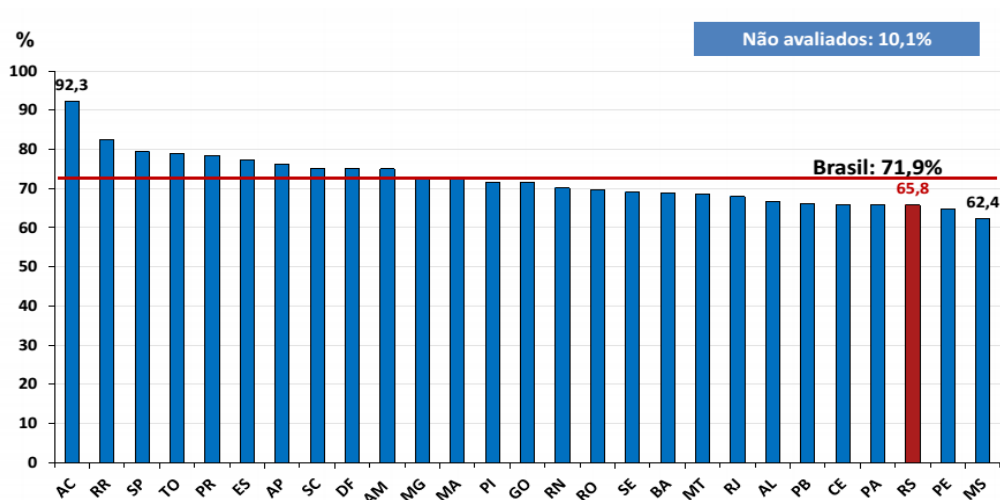
Gráfico 1 - Índice de Abandono do Tratamento de TB por estado. Fonte: IBGE.



O gráfico seguinte traz a taxa de cura da doença no Brasil (71,9%) para ser comparada com a taxa de cura no RS, que é menor (65,8%).

Tuberculose RS/ Brasil – Cura 2014

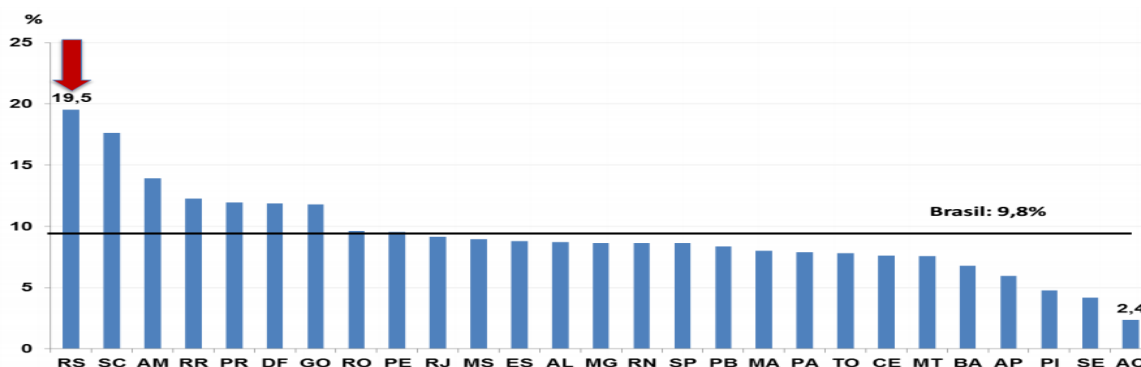
Gráfico 2 - Índice de Cura por Tratamento de TB por estado. Fonte: IBGE.



O terceiro e último gráfico mostra coinfeção TB-HIV, sendo no Brasil de 9,8% e no RS de 19,5%. O que podemos observar é o quanto o Rio Grande do Sul está distante da média nacional e longe de alcançar as metas do PNCT.

Tuberculose RS/ Brasil – Coinfeção TB/HIV 2015

Gráfico 3- Índice de coinfeção TB-HIV por estado. Fonte: IBGE.



Ao examinarmos os gráficos acima, depreendemos que o RS ocupa a primeira posição na lista de abandono do tratamento da Tuberculose, sendo seguido pelos estados do Norte e do Nordeste do país. Com um índice tão elevado, a consequência lógica, e que pode ser vislumbrada nos dados, é um índice bastante baixo de cura, figurando o estado na antepenúltima colocação no ranking. Se olharmos atentamente, podemos perceber que o fator abandono está diretamente ligada à cura, pois o Acre é o estado com menor taxa de abandono e está em primeiro lugar em termos de cura. Talvez uma pesquisa qualitativa sobre os procedimentos adotados por suas unidades de saúde tivesse mais dados a nos revelar, assim como também o número de atendimentos e de pessoas infectadas também contribuiriam para traçar um melhor panorama, uma vez que existem diferenças demográficas que não podem ser prescindidas. Mas, o fato de estarmos (o RS) nas extremidades dos gráficos sugere uma abordagem diferenciada para com o tratamento.

Porém, como nosso território é Porto Alegre, com índices também bastante inquietantes, a seguir, apresentamos informações a respeito de um dos locais que se tornou referência no tratamento de Tuberculose no Estado do Rio Grande do Sul: o Hospital Sanatório Partenon.

3.4. Breve Histórico do Hospital Sanatório Partenon²

O HSP foi inaugurado em 1951, constituindo-se como o primeiro Hospital Público do Rio Grande do Sul com o propósito de atender pacientes tuberculosos. Foi construído dentro de propostas da antiga Campanha Nacional Contra a Tuberculose – CNCT. O objetivo principal da campanha era o de tratar os doentes de forma isolada, em hospitais (sanatórios), em que seriam tratados com tuberculostáticos (nome dado aos medicamentos específicos para o tratamento da tuberculose, criados na década de 1940). Dessa forma, os pacientes seriam mantidos longe do convívio social ou familiar, de modo a diminuir a disseminação da doença. Os tratamentos eram muito longos, com longos períodos de internação.

Atualmente, esse Hospital possui uma equipe multidisciplinar que atende de forma individual e grupal e também com supervisão semanal, oferecendo serviços de psiquiatria e de recreação, grupos operativos e grupos de alcoolistas, além de uma unidade de internação para alcoolistas.

A instituição é vinculada à Secretaria Estadual da Saúde e atende pelo SUS - Sistema único de Saúde, e continua sendo referência em nosso Estado em promoção da saúde, cuja ênfase é o tratamento da tuberculose.

O crescente número de usuários de drogas, assim como o aumento crescente nos casos de AIDS e de hepatite C, fez com que o Hospital se obrigasse a realizar modificações em seu formato de atendimento, passando a atender também a esses portadores de doenças que precisam de atendimento especial, sendo criados, para tanto, serviços específicos. Segundo dados da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, “o HSP é referência Estadual em ações e serviços de promoção e recuperação da saúde, com ênfase em tuberculose, HIV/AIDS, hepatite e doenças associadas, em âmbito ambulatorial e hospitalar” (20??, NP). Entre os serviços prestados, podemos citar: o Ambulatório Geral; o Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis (CAMMI); o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE); o

² Todas as informações sobre o HSP foram retiradas do seu site oficial, disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br>> Acessado em: 19 de jul de 2017.

Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para AIDS - Caio Fernando Abreu; o Serviço de Atenção Terapêutica; o Hospital-Dia, para adultos, gestantes e crianças portadores de HIV/ AIDS; a Farmácia de Antirretrovirais; a Fibroncospia/espirometria; o Laboratório de Análises Clínicas; o Laboratório de Citopalogia; a Radiologia; a Tisiologia.

Após diagnosticados, aos pacientes é oferecido o TDO - Tratamento Diretamente Observado, o qual tem por objetivos: melhorar a atenção ao doente por meio do acolhimento humanizado, possibilitando a sua adesão e tentando garantir a cura do paciente; reduzir a taxa de abandono de tratamentos; interromper a cadeia da doença; diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes; reduzir a mortalidade e reduzir o sofrimento humano, uma vez que se trata de doença consuptiva, transmissível e com alto custo social. Realizar uma educação em saúde mais efetiva, de forma individualizada e voltada para orientar e corresponsabilizar o indivíduo, a família e a comunidade nas ações de saúde, também é uma das metas a serem atingidas por essa estrutura criada para apoio.

4. A CONSTRUÇÃO DAS NARRATIVAS

Como já dito anteriormente, minha opção por um trabalho de conclusão a partir de narrativas se deu por acreditar que, enquanto agentes públicos, podemos fazer mais do que simplesmente realizar visitas e coletar dados. Quando nos dispusemos a entrar em contato com as famílias, sabemos que nos tornaremos um mediador entre o serviço dos quais os pacientes não podem prescindir e a população (seja específica, seja em termos gerais). Logo, não há como fugirmos da tarefa de sermos ouvintes das inúmeras histórias, queixas, decepções e, também, histórias de esperança.

Nossos territórios de atuação não compreendem lares com estruturas que dão conta da assistência que esses pacientes necessitam, seja por falta de condições financeiras, seja por falta de conhecimento, e, evidentemente, fruto de uma realidade que se apresenta por demais desigual. Assim sendo, optei por ser ouvinte, afinal, além de ser um agente de saúde, sou um ser carregado de histórias, advindo de um contexto social ou cultural não muito diferente do dos enfermos, mas que, ao longo da vida, consegui ter acesso a algumas oportunidades que me permitem, hoje, a tentativa de fazer a devolutiva para aqueles que ainda não alcançaram esses direitos que são básicos, como educação, cultura ou saúde dignas. Eis as narrativas.

4.1. Primeira Narrativa

Trata-se de um morador da periferia da cidade, o qual vou nomear de Senhor João. Fui informado previamente de que o paciente possuía quarenta anos de idade, era negro, morava com sua mãe, e havia interrompido o tratamento da tuberculose por cerca de um ano e o retomou há cerca de dois meses (à época). Neste caso, minha visita teve o objetivo de realizar o acompanhamento de sua adesão ao tratamento.

Ao realizar visita domiciliar, bati palmas na frente do portão e, a seguir, abre a porta uma senhora negra, de aproximadamente 70 anos de idade. Identifico-me como

um Agente de Combate a Endemias e pergunto se posso entrar, ao que ela assim acena positivamente com a cabeça. Já dentro de sua residência, pergunto pelo seu filho, que realiza tratamento de Tuberculose. Ela responde que está em casa e o chama.

O paciente estava magro e não apresentou tosse durante a visita. De acordo com sua mãe, está com aparência bem melhor e se alimenta com regularidade, tendo aumentado de peso com o efeito dos remédios. Falo que será importante dar seguimento ao tratamento, esclarecendo que isso contribuirá com a obtenção da cura da doença e evitará a transmissão para os familiares. A seguir, a mãe toma a palavra e fala que perdeu outro filho e seu marido para tuberculose e HIV. Nesse momento seus olhos marejam. Ficamos em silêncio por alguns instantes. A mãe prosseguiu sua fala, acrescentando que “esse eu não vou deixar a doença levar embora!” e ainda “vou lutar e fazer tudo que eu posso por ele. Estou aposentada e continuo trabalhando para dar uma condição de sustento para meus filhos que moram aqui em casa e em especial a este que, segundo ela, necessita de mais cuidados”. Continuo a ouvi-la e percebo a força de uma mulher idosa que luta pela saúde de seu filho. Despeço-me deles e ela assevera: “ele vai à próxima consulta, vou levar ele!”.

Observações preliminares: Ao analisar a narrativa acima, percebo, e vou utilizar os termos força, identidade, luta e, por que não, resistência. Uma senhora com mais de setenta anos de idade que passou, segundo sua fala, por diversas dificuldades não só econômicas, mas também familiares e sociais, haja vista que mora em uma região considerada de periferia, que possui altos índices de drogadição e violência social. E, mesmo assim, essa mulher idosa, negra e que trabalha para se sustentar e também sustentar parte de sua família, embora já receba uma aposentadoria, se dedica com afinco no cuidado de seu filho com Tuberculose-HIV/Aids e é usuário de drogas. Nesse contexto, ela caminha ativa, mas, ao mesmo tempo, terna com seu olhar de uma mãe que busca incessantemente pela cura de seu filho.

Se observarmos mais atentamente, posso dizer que a senhora se sentiu acolhida quando da visita do agente público e relatou detalhes de sua vida. Isso só foi possível porque ocorreu a escuta. Não foi uma visita formal, mas, sim, um momento de diálogo e esclarecimentos acerca importância do tratamento. Se não houvesse

esse contato, muitos dados oferecidos não fariam parte do relatório, tornando-se, esse, apenas um instrumento burocrático.

4.2. Segunda Narrativa

Hoje encontrei um homem de aproximadamente uns 48 anos, negro e em situação de rua, embaixo de uma marquise por onde passam automóveis, ônibus e transeuntes apressados para seus trabalhos cotidianos. Essa cena quase perpassa aos nossos olhos despercebidos, mas, por força de meu trabalho, paro e vou ao seu encontro. Apresento-me e começamos a travar o primeiro contato. Ele, por sua vez, relata sua condição de morador desse espaço. Observo a cena e algo me chama atenção: uma imagem pendurada na parede como se fosse uma residência, ou seja, é seu lugar de convivência consigo mesmo e com as demais pessoas que o cumprimentam. Pergunto a ele se precisa de algo e este diz: “sim, hoje não fiz nenhuma refeição”. Diante do quadro exposto, fico a pensar, em frações de segundos, como ele e milhões de brasileiros não fazem ao menos uma refeição ao dia? E o chamado *nó na garganta* vem. Digo a ele se, pelo seu emagrecimento, já realizou algum exame de tuberculose. E o indivíduo me diz: “sim, inclusive já fiz tratamento, mas sempre abandono, pois hoje estou aqui e talvez em outro dia eu esteja em outro lugar”. E prossegue relatando que o local tem muita violência e que precisa se cuidar. “Os jovens colocam fogo nos moradores de rua”, disse-me ele. Ao ouvir isso, digo a ele para buscar um abrigo e que deve voltar a realizar exames e aderir ao tratamento de Tuberculose. Ele se dispõe a ir até a unidade de saúde, mas não aparece nos dias subsequentes. Então, passando por uma padaria, peço que entre comigo, mas ele fica aguardando na porta. Insisto. Penso, analisando a cena dias depois de o ocorrido, que ele não se sentia parte ou merecedor daquele lugar. Ao sair, lhe entrego sanduíche e refresco, também para seu jantar. Dias seguem e retorno ao local, mas não mais o encontro. Cidade e pessoas em movimento. Os invisíveis que a sociedade insiste em não ver.

Estudando este relato a fundo, remeto ao momento de nosso encontro. Já se passaram alguns meses após esse contato com ele. Depois disso, nunca mais o vi

nos espaços onde ele costumava estar. E o que fica e vem à mente, o pensar quase que recorrente nesse momento, é a falta ou a incapacidade do poder público de realizar o chamado dever de casa. O diálogo que foi travado com esse morador em situação de rua se deu quando eu me dirigia para a universidade. Não estava em horário de trabalho, mas me senti instigado a lhe dar alguma atenção, pois já o conhecia anteriormente.

O agente comunitário é um servidor que percebe recursos públicos. Embora cumpra uma jornada de trabalho, com horário estabelecido, ele, fora dele, ainda assim, é alguém que tem como matéria prima de sua ação “o outro”. Logo, precisa estar atento ao seu redor e àqueles que precisam de sua ajuda. Ou seja, o sentimento de empatia é vetor de seu exercício.

4.3. Terceira Narrativa

Nós, seres humanos, teoricamente, somos animais ditos racionais. Mas, às vezes, teimamos em ser exatamente o contrário, seja em ações, seja em atitudes que quase nos levam ao inusitado: às raias de uma pseudo-loucura.

Em uma determinada comunidade, uma família, sabendo que seu patriarca (negro) tinha tuberculose, o coloca a viver junto dos porcos por medo da transmissão da doença. Os profissionais da área da saúde tentam, de todas as maneiras, fazer com que esses familiares tomem uma atitude diferente dessa. Elucidam que os enfermos, ao utilizarem os medicamentos durante 15 dias, já não são mais transmissores, ou seja, não se faz necessário o isolamento do indivíduo doente do convívio social da família. Reiteradas vezes foram feitos contatos com esses familiares, mas não se obteve êxito. As conversas e contatos com essa família, por parte de toda equipe, são realizadas inúmeras vezes, mas esses profissionais se sentem impotentes e o caso vem à tona sempre nas reuniões de avaliação.

Este não é o único caso que acompanhamos. Em uma outra família, mais um patriarca, negro, sexagenário, também com tuberculose, é isolado pelos seus filhos, por serem sabedores da doença. Este é colocado em um quarto escuro, fechado, sem ventilação, recebendo suas refeições através de uma abertura bem abaixo da porta, em forma de um quadrado, pela qual passam somente alimentos. Não há outro tipo

de contato. Seus filhos ficam com sua aposentaria. O agente comunitário entra em contato com essa família e tenta utilizar argumentos: explica que o contágio não se dá dessa maneira, e que, em os medicamentos fazendo efeito, não se necessita de isolamento do paciente. Apesar dos esforços, também não se tem êxito nessa abordagem, fazendo com que o agente comunitário busque ajuda no Ministério Público e junto ao conselho do idoso, os quais obrigam a família a tratá-lo com dignidade, a devolvê-lo ao convívio de sua família e a entregar os recursos financeiros de volta ao aposentado. Após alguns dias, o agente retorna a essa família e, para sua surpresa, o idoso havia fugido de casa. Lá vai o agente comunitário à busca desse sujeito e, mais uma vez, o localiza e o devolve à sua família.

Ao observar esses dois casos, muito similares, ou seja, ambos senhores idosos, aposentados e que recebem um valor com que poderiam, minimamente, ter uma condição digna de viver, vamos constatar que eles sofrem as consequências da desconstituição de valores sociais, e que, em ambos os casos, demonstram, também, a falência da instituição familiar. Percebe-se, também, a desinformação desses familiares com relação à doença da Tuberculose, assim como a resistência para com a mudança de atitude desses em relação aos doentes, apesar das devidas informações dos profissionais de saúde. No segundo caso, há que se destacar o empenho e a dedicação do agente na busca desse idoso, quando o mesmo foge de sua casa. Agente esse que o localiza em um horário que já não faz parte de seu expediente de trabalho.

Mais uma vez, não só os casos, em relação aos doentes, se repetem, mas, também a postura do agente, que não desiste do outro. Não desiste de acreditar e até mesmo de sonhar que é possível resgatar e curar tais pessoas.

4.4. Quarta Narrativa

Eu já havia ido outras vezes realizar visita a uma paciente mulher, negra, de aproximadamente quarenta anos de idade. Porém, nesse dia em especial, aceitei sentar e tomar uma água gelada, pois o calor estava muito forte e minha testa escorria em suores. Minha camiseta já se encontrava bem molhada. Começamos a conversar

e pergunto como está seu tratamento de tuberculose? Ela responde: "já me sinto bem melhor, já não tenho suor noturno, está aumentando meu peso, a tosse diminuiu, meu apetite também voltou e as reações aos medicamentos quase não tenho". Seguimos na conversa, enquanto eu tomava o segundo copo d'água, quando a senhora diz: "preciso lhe falar algo que me incomoda muito". Eu digo que ela prossiga. "Não sei como falar para meus filhos, mas, fiz exames, e descobri que, além da tuberculose, tenho HIV, que peguei de meu ex-companheiro. Sabe como é (nesse momento ela fica envergonhada), confiei nele e não usei mais camisinha. E o pior é que, se meus filhos souberem, são bem capazes de cometerem uma loucura com ele". Ouço com atenção seus lamento e choro e pondero que, sempre, o melhor a fazer é dialogar abertamente, soltar as amarras às quais estamos presos. Em outro momento, retornei, e a mulher disse que ficou agradecida pelo agente a ter a escutado, esclarecendo que a conversa surtiu efeito positivo com seus filhos. Disse que houve embates, brigas, discussões e que o mais importante foi que, ao final ela, obteve o apoio deles, ou seja, afeto e amparo.

Tentando entender o que se passa no coração, nas atitudes e na vida, cada ser humano que tem suas referências, seus acúmulos de vivências, com seus conceitos e pré-conceitos e com todo esse caldeirão de informações que está posto e disponível a todos nos veículos de informação, ainda assim nos deparamos com situações de pouco conhecimento. Aprendo, todos os dias, a reconhecer a escuta como fator preponderante no trabalho a ser executado. Dentro do que se tem enquanto material de trabalho, penso que o que não deve faltar é a vontade de estar ao lado e ajudar, na medida do possível, enquanto saúde pública e também enquanto seres humanos que somos. É essa escuta, esse tempo de que dispomos para o outro, que faz com que o mais importante seja a saúde, mas não a perspectiva enquanto doença.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nessas histórias que emergem das narrativas empregadas como procedimento metodológico deste trabalho, uma característica é comum ou se faz presente a quase todas: o recorte raça/cor. Entendo necessário realizar uma análise, mesmo que seja parcial, para estudar esses dados e entender o porquê dessa realidade. Esses esclarecimentos poderiam contribuir para a construção de políticas específicas para a saúde da população negra. Em síntese, a população de periferia, com baixo poder aquisitivo, baixo nível de instrução e escolaridade, moradias com pouco ou nenhum saneamento básico. Além disso, a sempre presente questão do difícil acesso de profissionais da área de saúde em razão da violência gerada pelo tráfico de drogas nesses territórios. Esse conjunto de adversidades leva ao abandono e à dificuldade de realização do diagnóstico precoce da doença. A prevenção se torna difícil e acabamos por tratar somente o doente quando ele já se encontra em estágio avançado da doença de Tuberculose.

Por outro lado, há que se falar da importância do engajamento da família no tratamento. Como agente público, percebi que, quando um familiar nos recebe e se predispõe a colaborar, o nosso trabalho de convencimento se torna muito mais efetivo, pois esse gesto reflete na continuidade do processo e, muitas vezes, no alcance da cura. Há que se dizer que esse cenário de pano de fundo que é a Tuberculose, considerada erradicada até há pouco tempo, vem, ano após ano, retornando com uma força gradual e assustadora.

O Rio Grande do Sul e, em especial, a cidade de Porto Alegre têm um número crescente de casos e uma taxa baixa de cura, conforme os dados apresentados ao longo do presente trabalho. Fica evidenciada a necessidade de se fazerem esforços conjuntos de todos os atores desse processo, para que consigamos diminuir gradativa e relevantemente as estatísticas mais recentes.

Quando falamos de processos, relatórios, dados, resultados, adesão, abandono e, enfim, uma gama de substantivos, conjecturas e, até mesmo, ilações, não podemos esquecer, ou mesmo perder de vista, o compromisso social que advém

de toda essa caminhada enquanto servidores públicos trabalhando em uma unidade básica em saúde. Faz parte de nosso compromisso ético a defesa do SUS para melhor qualidade de vida daqueles que mais dele mais necessitam. As dificuldades são imensas, mas acreditamos que podemos efetivar algumas costuras sem a necessidade de rasgamos e depois costuramos o pano. Minha mãe costumava dizer: é mais fácil rasgar do que costurar. Porém, ao trabalhar no serviço público, essa analogia agora me parece mais nítida – talvez antes não me o fosse– e esse ditado popular me remete à necessidade da construção de novos processos de trabalho, sem deixar de ter como referência o que foi realizado em um passado não muito distante. Precisamos aprender com o passado e com tudo o que o presente nos ensina, ou seja, destruir algo que está posto e começar literalmente do zero se torna infinitamente mais complicado, árduo.

Percebo, no cotidiano, que esses avanços se fazem urgentes, mesmo que de forma lenta, pois pessoas necessitam de mudanças, embora haja conflitos de toda ordem nesse cenário. Creio que tais mudanças, visadas aos métodos e aos rumos com que a atuação pública trabalha, podem acontecer através do diálogo, do trabalho, da formação, seguidos de informações, de afetos, em que as abordagens coletivas, o respeito às singularidades e às peculiaridades possam, juntos, alicerçar bases de solidariedade e de humanização.

Nas minhas caminhadas diárias, nas ruas, becos e vielas, vejo casas e casebres com um amontoado de pessoas: crianças, adultos e idosos. Olho para o lado e avisto uma casa inclinada, caindo para um lado em direção ao pôr do sol. Lixo por todos os cantos, com cães sarnentos amarrados, com pouca comida e água. Miséria absoluta. E nesse contexto, como falar de prevenção em saúde? Como dizer a eles para cuidarem dos seus objetos, potes, quando entulhos diversos acumulam água e se tornam focos de proliferação de insetos, como *Aedes Aegypti*? Ao passar em um beco, com pedras e descida muito íngreme, observo um cano branco e ouço barulho da descarga. Pelo cano, chegam os dejetos humanos. Isso me remete a pensar em formas de atribuir melhorias à condição de vida desses seres, que insistem e persistem em viver em condições quase subumanas – muitas vezes forçosamente.

Se há um sistema de saúde, que se diz único, é papel dos profissionais de saúde, conselheiros e agentes locais atuarem de forma qualificada para a promoção da saúde da população, principalmente a que se encontra em situação de

vulnerabilidade. Não basta a instituição do programa e a constituição de equipes. É preciso um trabalho de sensibilização e humanização que passa pela formação desses profissionais, que precisam estar atentos quando de seu ofício como meio de possibilitar o engajamento dos moradores de determinado território na busca de seus direitos. É preciso que descubram que estamos dispostos, ou seja, o agente deve estar ao lado da população, como ocorre com o mestre e seu discípulo. Somente através de iniciativas coletivas é que se pode chegar às efetivas e concretas mudanças de fato e de direito.

Embora necessite pausar a pesquisa, reconheço o quanto ainda há por pesquisar, pois inúmeras questões ficam em aberto. Posso afirmar a necessidade de um entendimento acerca do agente de saúde quando esse se propõe humanizado para com seu trabalho, fazendo-se importante nessa cadeia criada para o tratamento e combate à Tuberculose, assim como para com outras doenças que, em pleno século XXI, ainda acometem as populações de baixa renda de nossas cidades e de nosso país. Não tem como negar que a Tuberculose se apresenta, nos dias de hoje, como uma doença da classe pobre, diferentemente de séculos atrás, quando eram os poetas, os artistas, a burguesia, os mais afetados.

É preciso reafirmar que estou pesquisador e atuo como um ACS. Dito em outras palavras, não sou apenas um. Nunca o somos. Temos diversas identidades que se misturam e que vão influenciar –em mim- meu comportamento nessas duas frentes. Posso dizer que sou homem, negro, oriundo da periferia, crescido em um contexto social e cultural que, por vezes, desestabilizou e pôs à prova minhas convicções e valores. Na elaboração do meu objeto de pesquisa, me deparei com essas reflexões e percebi o quanto o narrador, ao narrar, traz à tona suas vivências e suas crenças nas narrativas. E é bem possível que carregue de esperança seus relatos e, ao fazê-lo, construa alternativas para o seu trabalho que podem motivar outros trabalhadores a também buscá-las.

A verdade é que não podemos mais esperar formas prontas, por vezes antiquadas e que não se aplicam mais à realidade contemporânea. É preciso realizar uma mistura de nós mesmos: ao sermos pesquisadores, trazermos o homem que está por trás dele, suas vivências, crenças, esperanças e termos mais autonomia na realização de nossas tarefas, que são cotidianas, mas que são diversas todos os dias.

E me atrevo a dizer que está na hora de não só fazermos essa mistura de nós, mas nos somarmos a outros e contribuirmos de forma mais tribal.

Assim, concluo este trabalho, mesmo com todas as adversidades e dados negativos sobre o trabalho com a Tuberculose no Brasil, principalmente no RS, acreditando que é possível, sim, a criação de estratégias para uma mudança nesse quadro, e que o papel do Agente Comunitário de Saúde é fundamental não só pelo trabalho que presta todos os dias, mas pelo acúmulo de informações que o mesmo possui. Uma última nota é que a minha próxima meta é a criação de uma cartilha específica para distribuição nas zonas de maior incidência da doença, em que a população possa se ver e se reconhecer enquanto peça importante do trabalho a ser realizado, entendendo, de maneira acessível, os impactos da Tuberculose tanto no portador do bacilo quanto nos que convivem com o indivíduo infectado, entendendo, também, as medidas adequadas e as necessárias nessa relação.

REFERÊNCIAS

BENJAMIN, Walter, **O narrador, considerações sobre a obra de Nikolai Leskok, Magia e técnica e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 197-221.

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

CERTEAU, Michel, **A Invenção do Cotidiano, Artes de Fazer**. Tradução de Epharaim Ferreira Alves. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

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

MAFESSOLI, Michel. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. Rio de Janeiro: Forense, 1987.