

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**A ADESÃO TERAPÊUTICA AO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE: ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

PRISCILA TADEI NAKATA ZAGO

Porto Alegre

2020

PRISCILA TADEI NAKATA ZAGO

**A ADESÃO TERAPÊUTICA AO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE: ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Porto Alegre

2020

Priscila Tadei Nakata Zago

**Adesão Terapêutica ao tratamento da tuberculose: estratégia biopolítica de
Promoção da Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 10 de março de 2020

Banca Examinadora



Prof. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/ UFRGS



Prof. Dra. Deise Lisboa Riquinho
Membro da banca
PPGENF/ UFRGS



Prof. Dra. Maria Henriqueta Luce Cruse
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Rosana Maffaccioli
Membro da banca
Convidado Externo

DEDICATÓRIA

Seguindo Valter Hugo Mãe (2019, p. 1), desejo:

Bom 2020. Costumava ficar melancólico com o fim do ano. Sentia como se perdesse a mão alguém. Passava o tempo igual a perder pessoas, companhia, as coisas acumuladas. Mudei.

Envelheço agora com frontalidade. A vida mede-se por intensidade e nunca por extensão. Vazios vão tantos por aí, longos no tempo, e tão repletos podem estar os jovens, conscientes já do sentido inteiro das suas existências. Mudar de ano não pode ser folia ou depressão de calendário, tem de ser sobretudo uma inspeção interna à distância que estamos de cuidarmos da nossa autoestima. Nenhum ego ou soberba, apenas autoestima, essa qualidade essencial para que nos sintamos justificados na agressividade do real.

Tudo conspira para que a atenção esteja na contingência de sobreviver, contudo, sobreviver é apenas a manutenção da condição animal. A humanidade é uma ideia para depois da sobrevivência. Ela coloca-se para lá de comer, vestir, habitar. Quando me bato pela Cultura, não é senão nesta convicção profunda de que é ela que nos estrutura para o projeto humano, isso que nos levanta da contingência do bicho e nos elogia com o brio do conhecimento, da imaginação e da criatividade.

Sendo claro o sucesso dos torpes na ordem do Mundo, com a perda do complexo que os faz agora orgulhosos, nunca me pareceu mais urgente refletirmos acerca da importância da Cultura, do mesmo modo como ponderamos o futuro da humanidade. A radicalização das convicções leva a uma emotividade primária em que a frustração inventa o ódio. A Cultura, por outro lado, nesse cômputo gigante do conhecimento e da imaginação, é uma disciplina de ponderação e respeito. Serve para maturar o pensamento e o gesto. Serve para impedir o ódio, essa perturbação que é absolutamente contrária ao imperativo da Humanidade, assente na alteridade e no diverso.

À entrada de um novo ano, esperando que os espíritos se encontrem mais permeáveis à mudança, é o que escolho e desejo: uma participação nessa construção pacífica, inteligente, do ideal humano. Um passo novamente em direção à compaixão, nunca por uma piedade arrogante e moralista, mas por uma limpidez de raciocínio. (...). Usar-se a compaixão é demonstrar-se a essencial inteligência. Aquela que opta por estar do lado da Humanidade ao invés de se render ao bicho que na História inteira procuramos educar.

Bom ano novo a todos. Muita coragem para amarem mais as pessoas, começando talvez por se tornarem mais amáveis também. O desafio que me faço.

AGRADECIMENTOS

A vontade, o pensamento, o eu, resultam de um complexo de sentir e pensar, uma mistura de sensação e memória movidos por uma vontade de expansão, de criação, de domínio. [...]. Uma vontade se impõe sobre outras vontades, muitos quererem precisam ser calados para que um determinado querer se imponha, somos um complexo de vontades onde todas querem dominar. (MOSÉ, 2018, p. 14)

Com um sentimento que não pode ser definido, porque se expande a todo instante e, a partir deste complexo de vontades que me constituí venho agradecer àqueles que estiveram de uma forma ou de outra, envolvidos no movimento de produção desta dissertação. Agradeço:

À minha orientadora, Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha, pela habilidade em me fazer acreditar que é possível se movimentar por outras possibilidades. Cris, obrigada pela liberdade com a qual me permitiu mobilizar o pensamento, tão cara aos dias de hoje.

A meu amado marido, Luiz Henrique Zago Gaston, pelo imenso amor com que cuidou “de tudo” nos momentos em que eu precisei estar ausente. Luiz, obrigada por sempre me acolher incondicionalmente, bem como pelos cuidados dispensados ao Nelson, nosso grande companheiro canino.

À minha família. Ao meu pai, Helio Nakata, à minha mãe Maria Cristina (*in memorian*), à minha segunda mãe Estela Nakata, às minhas amadas irmãs Sabrina Nakata e Patrícia Telles e à minha vó Elena Nakata (*in memorian*), agradeço imensamente todo o apoio, amor e ensinamentos sem os quais esse trabalho não teria sido possível.

À numerosa e acolhedora família GAO, meu agradecimento pelas manifestações de afeto que me fazem seguir acreditando que podemos sempre aprender uns com os outros. Fê, Roberta, Marisângela, Diogo e Rô, meus eternos agradecimentos.

Às queridas amigas Luciana Vieira, Danusa Begnini e Liciane Dresch, pelos gestos de carinho e amizade proporcionados durante esses dois anos de caminhada. Que nossos encontros de terças permaneçam para a vida como um dos grandes presentes do Mestrado.

Por fim, agradeço aos inúmeros encontros do cotidiano do trabalho, nos quais a cada atendimento dispensado às pessoas que lutam contra a tuberculose eu me deparo com grandes e significativos ensinamentos. Me sinto imensamente grata por esses encontros que tanto me fizeram e fazem questionar sobre as diversas formas de se pensar sobre a Adesão Terapêutica.

RESUMO

Dentre os fatores relacionados à ocorrência dos casos de tuberculose, doença infectocontagiosa considerada como um problema de saúde pública, destacam-se as condições socioeconômicas da população que vive em situações de pobreza e vulnerabilidade. Tais situações influenciam negativamente a Adesão Terapêutica, o que traz como consequência a manutenção do atual cenário epidemiológico, no qual as altas taxas de incidência impedem o alcance do controle da doença. Para dar conta de tal cenário, são elaboradas recomendações, publicadas no formato de *Manuais*, que visam servir como ferramentas de apoio aos profissionais de saúde no atendimento da tuberculose. Esta dissertação, através da problematização do conceito de Adesão como um processo de negociação e colaboração, objetivou investigar de que forma as recomendações presentes nos *Manuais* se constituem em estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde na lógica neoliberal. Trata-se de uma pesquisa documental de abordagem qualitativa, inspirada nas metodologias pós-críticas e no referencial teórico-metodológico de Michel Foucault. Foram analisados cinco *Manuais* publicados pelo Ministério da Saúde no período de 2002 a 2019. A análise das recomendações dos *Manuais* enquanto práticas discursivas foi realizada a partir da articulação de três eixos teóricos: os saberes, as relações de poder e a biopolítica. Os resultados apontam, em relação ao primeiro eixo analítico, para os sucessivos deslocamentos da capacitação de recursos humanos na área da saúde, da vigilância em saúde, da medicalização e da multifuncionalidade do enfermeiro no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde para a superação da pobreza como saberes capazes da Adesão. No segundo eixo analítico, identifiquei relações de saber/poder que constituem uma forma de se realizar o cuidado à tuberculose, através da função e dever de determinadas categorias profissionais – em particular, da Enfermagem-, em articulação com poderes locais institucionais na sua microcapilaridade. Sinalizo que a normalização de uma forma adequada de controlar a tuberculose coloca em funcionamento disciplinas que são identificadas a partir de um micropoder sobre o corpo e sobre o modo de comportamento da pessoa em tratamento, nas quais a supervisão do enfermeiro no tratamento diretamente observado se destaca como importante dispositivo disciplinar de vigilância. Em relação ao último eixo analítico, foi possível identificar cinco estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde: “fazer viver” determinadas vidas, a segurança da população saudável, a formação da “população vulnerável”, a superação da pobreza como ordenadora do discurso de controle da tuberculose e a Adesão Terapêutica como empreendimento de si. Por fim, destaco que essa dissertação se configura como uma possibilidade de que outras verdades acerca da Adesão Terapêutica ao tratamento da tuberculose possam ser consideradas, além daquelas já naturalizadas pelos profissionais de saúde.

Palavras chave: Tuberculose, Adesão Terapêutica; Promoção da Saúde; Biopolítica; Governamentalidade.

ABSTRACT

Among the factors related to the occurrence of cases of tuberculosis, an infectious disease considered as a public health problem, the socioeconomic conditions of the population that live in situations of poverty and vulnerability stand out. Such situations negatively influence Therapeutic Adherence, which leads to the maintenance of the current epidemiological scenario, in which high incidence rates prevent the control of the disease. To cope with this scenario, recommendations are made, published in the format of *Manuals*, which aim to serve as support tools for health professionals in the care of tuberculosis. This dissertation, through the problematization of the concept of Adherence as a process of negotiation and collaboration, aimed to investigate how the recommendations present in the *Manuals* constitute biopolitical strategies for Health Promotion in the neoliberal logic. It is a documentary research with a qualitative approach, inspired by post-critical methodologies and Michel Foucault's theoretical-methodological framework. Five *Manuals* published by the Ministry of Health from 2002 to 2019 were analyzed. The analysis of the *Manuals'* recommendations as discursive practices was carried out based on the articulation of three theoretical axes: knowledge, power relations and biopolitics. The results point, in relation to the first analytical axis, to the successive shifts in the training of human resources in the area of health, health surveillance, medicalization and the multifunctionality of nurses in addressing the social determinants of health to overcome poverty as knowledge capable of Adherence. In the second analytical axis, I identify knowledge/power relationships that constitute a way to carry out tuberculosis care, through the function and duty of certain professional categories - in particular, Nursing -, in conjunction with local institutional powers in their microcapillarity. I signal that the normalization of an adequate way to control tuberculosis puts into operation disciplines that are identified from a micropower on the body and on the behavior of the person being treated, in which the supervision of the nurse in the directly observed treatment stands out as an important disciplinary surveillance device. In relation to the last analytical axis, it was possible to identify six biopolitical strategies for Health Promotion: "making live" certain lives, the safety of the healthy population, the formation of the "vulnerable population", the overcoming of poverty as the organizer of the discourse of control of tuberculosis and Therapeutic Adherence as an enterprise of its own. Finally, I highlight that this dissertation is configured as a possibility that other truths about Therapeutic Adherence to the treatment of tuberculosis can be considered, in addition to those already naturalized by health professionals.

Keywords: Tuberculosis, Therapeutic Adherence; Health Promotion; Biopolitics; Governmentality.

RESUMEN

Entre los factores relacionados con la aparición de casos de tuberculosis, una enfermedad infecciosa considerada como un problema de salud pública, se destacan las condiciones socioeconómicas de la población que vive en situaciones de pobreza y vulnerabilidad. Tales situaciones influyen negativamente en la Adhesión Terapéutica, lo que conduce al mantenimiento del escenario epidemiológico actual, en el que las altas tasas de incidencia impiden el control de la enfermedad. Para hacer frente a este escenario, se hacen recomendaciones, publicadas en el formato de *Manuales*, cuyo objetivo es servir como herramientas de apoyo para los profesionales de la salud en el cuidado de la tuberculosis. Esta disertación, a través de la problematización del concepto de Adherencia como un proceso de negociación y colaboración, tuvo como objetivo investigar cómo las recomendaciones presentes en los *Manuales* constituyen estrategias biopolíticas para la Promoción de la Salud en la lógica neoliberal. Es una investigación documental con un enfoque cualitativo, inspirada en metodologías pos críticas y el marco teórico-metodológico de Michel Foucault. Se analizaron cinco *Manuales* publicados por el Ministerio de Salud entre 2002 y 2019. El análisis de las recomendaciones de los *Manuales* como prácticas discursivas se realizó en base a la articulación de tres ejes teóricos: saber, relaciones de poder y biopolítica. Los resultados apuntan, en relación al primer eje analítico, a los sucesivos cambios en la capacitación de recursos humanos en el área de salud, vigilancia de la salud, medicalización y la multifuncionalidad de las enfermeras para abordar los determinantes sociales de la salud para superar la pobreza como conocimiento capaz de Adhesión. En el segundo eje analítico, identifiqué las relaciones de saber/poder que constituyen una forma de llevar a cabo el cuidado a la tuberculosis, a través de la función y el deber de ciertas categorías profesionales, en particular, Enfermería, junto con los poderes institucionales locales en su microcapilaridad. Señalé que la normalización de una forma adecuada de controlar la tuberculosis pone en funcionamiento disciplinas que se identifican a partir de un micropoder en el cuerpo y en el comportamiento de la persona que está siendo tratada, en la que se destaca la supervisión de la enfermera en el tratamiento directamente observado, como un importante dispositivo de vigilancia disciplinaria. En relación al último eje analítico, fue posible identificar seis estrategias biopolíticas para la Promoción de la Salud: "hacer vivir" ciertas vidas, la seguridad de la población sana, la formación de la "población vulnerable", la superación de la pobreza como organizador del discurso de control de la tuberculosis y Adhesión Terapéutica como emprendedor de sí. Finalmente, destaco que esta disertación se configura como una posibilidad de que se puedan considerar otras verdades sobre la Adhesión Terapéutica al tratamiento de la tuberculosis, además de las ya naturalizadas por los profesionales de la salud.

Palabras clave: Tuberculosis, Adhesión Terapéutica; Promoción de la Salud; Biopolítica; Gubernamentalidad.

LISTA DE ABREVIATURAS

- DSS:** Determinantes Sociais em Saúde
- HIV:** Vírus da Imunodeficiência Humana
- ILTB:** Infecção Latente da Tuberculose
- MS:** Ministério da Saúde
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PECT:** Programa Estadual de Controle da Tuberculose
- PNPS:** Política Nacional de Promoção da Saúde
- PMCT:** Programa Municipal de Controle da Tuberculose
- PNCT:** Programa Nacional de Controle da Tuberculose
- PPL:** Pessoas Privadas de Liberdade
- PSR:** População em Situação de Rua
- PVHIV:** Pessoas vivendo com HIV
- RS:** Rio Grande do Sul
- SR:** Sintomático Respiratório
- SINAN:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TB:** Tuberculose
- TDO:** Tratamento Diretamente Observado
- TRM-TB:** Teste Rápido Molecular para Tuberculose

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Marcos referenciais e legais do enfrentamento da TB no período de 1993 a 2018	27
Quadro 2	Métodos clássicos para o diagnóstico da TB pulmonar	29
Quadro 3	Comparativo dos aspectos do tratamento da TB sensível e da TB resistente	30
Quadro 4	Principais estratégias programáticas para prevenção e controle da TB	32
Quadro 5	Estratégias de fortalecimento da adesão terapêutica ao tratamento da TB	36
Quadro 6	Estudos de revisão de literatura acerca da Adesão ao Tratamento da TB	38

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 O MOVIMENTO EM DIREÇÃO À VONTADE DE PENSAR DIFERENTE.	19
2 LINHA DE CUIDADO DA TUBERCULOSE.....	26
2.1 Marcos referenciais e legais do controle da doença.....	26
2.1.1 Identificação dos casos, diagnóstico e tratamento precoce.....	31
2.1.2 Estratégias Programáticas.....	34
3 ADESÃO TERAPÊUTICA AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	37
3.1 Definições e aspectos conceituais de Adesão Terapêutica.....	37
3.2 O discurso da Promoção da Saúde no contexto da Tuberculose: aderir de forma colaborativa.....	44
4 O OLHAR COM LENTES FOUCAULTIANAS.....	50
4.1 Pensar a Adesão Terapêutica como prática discursiva.....	50
4.2 Pensar a Adesão Terapêutica como estratégia biopolítica.....	59
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	63
5.1 A materialidade na perspectiva foucaultiana.....	63
5.2 Caminhos para a descrição e análise.....	66
6 PRÁTICAS DISCURSIVAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	71
6.1 Os saberes capazes de Adesão Terapêutica.....	71
6.2 As relações de poder exercidas na Adesão Terapêutica.....	80
6.3 Estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde.....	88

6.3.1 “Fazer viver” determinadas vidas.....	92
6.3.2 A segurança da população saudável.....	94
6.3.3 A ênfase discursiva na “população vulnerável”	98
6.3.4 A superação da pobreza como ordenadora do discurso.....	104
6.3.5 A Adesão Terapêutica como empreendimento de si.....	109

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	115
-----------------------------------	------------

REFERÊNCIAS.....	118
-------------------------	------------

APRESENTAÇÃO

Apenas as doenças fazem mães e pais perder o amor. Cientistas de todo o mundo procuram urgentemente uma cura. Mas não parece nada fácil. Creio que só uma esperança qualquer pode curar. A esperança parece inventada pela espera. Eu não sei esperar. Todos os dias me assusto por não ter esperança. Quero muito ter. A minha mãe manda fazer um esforço. Ela diz: acredita sempre. Eu acredito, só não estou certa de saber ficar à espera. Quando for maior vou seguramente melhorar neste desafio. (HUGO MÃE, 2018, p.21)

De muitas dessas esperanças, que podem curar, se constituem as motivações para enfrentar o tratamento da tuberculose (TB), pois, não raras vezes, durante o atendimento, escuto da pessoa em tratamento: - *Eu vou tentar. Eu vou tentar de novo. Eu vou tentar outra vez, porque tenho esperança que vou conseguir me curar. - Nas outras vezes eu não consegui. Mas agora vou em frente. -Chegou a minha vez e eu vou tentar de novo, porque agora vou conseguir. Eu tenho esperança! Preciso muito me curar.*

Essa tão esperada cura se torna dependente dos fatores relacionados à Adesão Terapêutica, definida como um – “processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de um determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo” (BRASIL, 2019, p. 199). Vários são os fatores que influenciam negativamente o tratamento da TB: como condições socioeconômicas desfavoráveis, a falta de acesso aos serviços de saúde, as dificuldades inerentes ao tratamento da doença e a subjetividade do indivíduo na concepção de diferentes significados de saúde-doença (ANDRADE, 2014; ARAUJO; SALDANHA; COLONESE, 2014; BERALDO et al., 2017; VIANA et al., 2018; FERREIRA; SOUZA; MOTTA, 2019). Somado a isso, a concentração dos casos da doença em grupos populacionais que se encontram em situações de vulnerabilidade (WHO, 2019; BRASIL, 2019) decorrentes e ou agravadas por violação de direitos humanos e privação de condições básicas de vida (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017; ROCHA; ADORNO, 2012) tornam a cura da TB ainda mais complexa.

Nesta pesquisa, utilizo “situações de vulnerabilidade” justamente para diferenciar de “população vulnerável”¹, utilizada pelo *Manual de Recomendações para*

¹ “População vulnerável” é utilizada pelo Ministério da Saúde (MS), no *Manual de Recomendação para o Controle da TB* (BRASIL, 2019), para denominar um grupo maior formado a partir da união dos vários

o Controle da TB no Brasil (BRASIL, 2019) com o objetivo de intensificar um risco de adoecimento a determinados grupos de pessoas, cuja determinada característica comum os tornam mais predispostos à ocorrência da TB. Já a expressão “pessoas em situações de vulnerabilidade”, por sua vez, pressupõe que diversas situações podem contribuir para que umas pessoas estejam em maior vulnerabilidade do que outras. Essas situações se referem à elementos individuais, como informações que a pessoa tem sobre o problema de saúde e a capacidade de colocá-las em funcionamento para a sua proteção; elementos sociais, como a obtenção de informações e o poder de influir social e politicamente para alcançar segurança e proteção e elementos programáticos, como o acesso à qualidade e funcionamento efetivo dos programas de controle e serviços (SEVALHO, 2018; AYRES et al.; 2016).

Tais complexidades me fazem pensar que a definição de Adesão, citada anteriormente, em torno da junção de verbos como “colaborar”, “aceitar” e “participar”, nos leva a uma compreensão reducionista frente às complexidades envolvidas no controle da TB. Isso por que colaborar, aceitar e participar parecem ser umas daquelas palavras que buscam “conferir estabilidade a determinados discursos” (MOSÉ, 2018, p. 14), como se, a partir delas, fosse possível selecionar e controlar o que está sendo dito, de forma a conferir o estatuto de verdade à tal discurso (FOUCAULT, 2014). O problema, no entanto, é que “não há estabilidade e unidade senão na linguagem, a vida é fluxo” (MOSÉ, 2018, p. 14). E os fluxos da vida não são representações práticas de uma ideia teórica construída a priori, eles se constituem e são constituídos por práticas discursivas “que formam sistematicamente os objetos de que falam” (FOUCAULT, 1987, p. 56). Ou seja, as recomendações dos *Manuais de Controle da TB*, construídas por relações de poder enquanto ações (fluxos) de uns sobre os outros (MACHADO, 2006; FOUCAULT, 1987), se constituem como práticas discursivas que normalizam e delimitam a realização das ações de controle da doença. Essa normalização passa a constituir, ao mesmo tempo em que é constituída, pelo modo “verdadeiro” (validado cientificamente) de se conduzir como enfermeira no controle da doença, bem como de se comportar enquanto pessoa em tratamento.

grupos de populações especiais para o risco do adoecimento por TB: pessoas vivendo com HIV (PVHIV), pessoas privadas de liberdade (PPL), os indígenas, pessoas em situação de rua e pessoas que vivem em situações de extrema pobreza.

Sendo assim, pensar as recomendações de controle da TB, desses documentos, enquanto “práticas muito concretas, que estão vivas nos discursos” (FISCHER, 2001, p. 198), é tomá-las como produção histórica e política de nossa época. Pois, a partir dessas recomendações, se dão as diretrizes pelas quais são organizados os procedimentos clínicos para busca dos casos da doença, realização de diagnóstico, as atividades da vigilância epidemiológica, a construção dos fluxos de atendimento nos serviços de saúde da rede pública, bem como o conjunto das atribuições a ser realizadas pelos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2019). Essas diretrizes visam o enfrentamento de uma doença que, hoje, coloca o Brasil entre os trinta países prioritários para TB no mundo (BRASIL, 2019). A classificação de países prioritários para TB segue critérios epidemiológicos conforme maior carga de TB, maior taxa de coinfeção TB/HIV e maior carga de TB multidrogarresistente (BRASIL, 2017b). De acordo com esta classificação, o Brasil ocupa a 20^a posição quanto à carga da doença e a 19^a no que se refere à coinfeção TB/HIV (BRASIL, 2017a). Tal prioridade se deve à alta incidência da doença de 34,8 casos por 100 mil habitantes, bem como da alta taxa de mortalidade por TB, que é de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2017b). Para que a TB seja considerada um agravo controlado, de forma a não se configurar como um problema de saúde pública, teríamos que reduzir essa incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes e a mortalidade para até 1 óbito por 100 mil habitantes (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2019).

Como forma de reconhecimento dessa complexidade que envolve a adesão ao tratamento, o atual *Manual* (BRASIL, 2019) passou a incluir, pela primeira vez, a recomendação da necessidade dos profissionais da saúde, aliados a outros setores, em enfrentar os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) relacionados à doença. Por DSS entendem-se os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde na população (BUSS; PELEGRINI-FILHO, 2007). Diante dessa recomendação, questiono se, em um contexto em que a maior parte das pessoas doentes de TB vive em situações de vulnerabilidade, haveria espaço para pensarmos em adesão como “aceitação de um regime terapêutico” e “colaboração com o tratamento de uma doença”? (BRASIL, 2019). No momento em que a ocorrência dos casos da doença se concentra em locais e contextos de iniquidades sociais (WHO, 2018; 2019), pensarmos em adesão como um processo de “negociação” que envolve a “aceitação e colaboração” não seria, no mínimo, contraditório? Ou ainda, em se tratando de uma doença infectocontagiosa de

transmissão aérea, na qual há a necessidade de redução do risco de contaminação, haveria espaço para a aceitação da escolha de não adesão daqueles que, em condições de menor vulnerabilidade, agem livremente, de forma negativa frente aos riscos (ROSSETO; OLIVEIRA, 2013)? Da mesma forma, diante da inexistência de condições para operacionalizar, na prática, o tratamento compulsório determinado pela justiça (OPAS, 2015), nos casos em que há a negativa ou impossibilidade do doente em se tratar, continuaremos negociando a “colaboração” no tratamento?

Por isso, a partir desses questionamentos, penso que as recomendações sobre adesão dos *Manuais* fazem parte dos discursos da Promoção da Saúde (BRASIL, 2014) na sua vertente de exaltação da responsabilidade individual. Em tal vertente, vemos circular ideias de que melhorias na saúde estariam disponíveis a todos que estivessem dispostos a adotar comportamentos colaborativos e estilos de vida compatíveis com um ideal de saúde, cada vez mais desejado nos dias de hoje, operante na racionalidade neoliberal² (FURTADO, 2012). Por racionalidade neoliberal, podemos entender uma grade de inteligibilidade que, articulada a objetivos de governo³ (FREITAS, 2018), passam a conduzir determinada forma pela qual os sujeitos devem pensar, ser, estar e se posicionar no mundo (DARDOT; LAVAL, 2016; QUEIROZ, 2018) frente a várias questões, dentre as quais o enfrentamento de uma doença por exemplo. Nessa perspectiva, as recomendações sobre adesão dos *Manuais* se constituiriam como estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde. Por biopolítica entende-se a forma pela qual o Estado passa a intervir em mecanismos de regulação da vida da população com o objetivo de mantê-la viva e segura (FOUCAULT, 2008). Nessa lógica, essa dissertação se configura como uma possibilidade de pensarmos aspectos da Adesão Terapêutica, a partir da problematização das recomendações dos *Manuais* (já bastantes naturalizadas entre os profissionais da saúde) como práticas discursivas (FOUCAUT, 2014). O que implica reconhecermos que diversas verdades são

² No Brasil as políticas neoliberais, iniciadas após 1980, colocam por terra a concepção de um Estado interventor e redutor das desigualdades sociais, o que reduz o investimento em políticas de proteção social. Essas políticas geram impactos na política de saúde brasileira que passam a ser vistas como “sucateadoras” da previdência, saúde e educação (BORLINI, 2010).

³ Opto por utilizar a expressão governo conforme proposto por Veiga-Neto (2005) para as situações em que o termo governo não se refere a uma instância governamental e nem à gestão política do Estado, mas sim, em analogia à governamentalidade de Foucault (FOUCAULT, 2008), a maneira de dirigir as condutas das pessoas. Salvo a importância desta noção de governamentalidade para esta pesquisa, opto em abordá-la de forma mais detalhada no capítulo quatro – *O olhar com lentes foucaultianas*.

construídas por diferentes saberes de determinado tempo histórico (KRUSE et al.; 2018; COSTA et al.; 2008). Portanto, essa pesquisa, tem como **objetivo**: investigar de que modo as recomendações sobre a Adesão Terapêutica ao tratamento da TB dos *Manuais de Controle* da doença se constituem como estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde no Brasil.

Como ponto de partida, apresento no Capítulo 1 – *O Movimento em Direção à Vontade de Pensar Diferente* -, o que considero ser o primeiro movimento de problematização do meu objeto de pesquisa. Para tal, apresento os aspectos de minha trajetória profissional que foram disparadores dos questionamentos que me levaram a pensar que os aspectos contraditórios da definição de Adesão Terapêutica se configuram como estratégias biopolíticas da Promoção da Saúde. Considero que tais questionamentos somente foram possíveis pelo “estranhamento do que parecia natural” através do referencial teórico-metodológico de Michel Foucault. Também delimito pontos que chamo de atitude ética, de autocrítica e de educadora em saúde que me permitiram problematizar as recomendações dos *Manuais de Controle da TB*, aspectos tão caros à minha constituição como enfermeira que atua no manejo clínico da doença.

No Capítulo 2 – *Linha de Cuidado da Tuberculose* -, apresento os marcos referenciais e legais que atuaram como indutores da organização e ordenação dos serviços de saúde do SUS que, reunidos, formam a Linha de Cuidado da doença; os aspectos relativos à fisiopatogenia e à epidemiologia da doença e as atuais estratégias programáticas para o controle da doença no Brasil.

No Capítulo 3 – *A Adesão Terapêutica ao Tratamento da Tuberculose* -, apresento a revisão de literatura sobre o tema de forma a explorar os diversos discursos que a constituem nos diferentes períodos históricos e políticos. Apresento, também, como as ações de Promoção da Saúde vêm sendo realizadas no contexto da TB, o que entendo servir como argumento para a sua compreensão como práticas discursivas consoantes à racionalidade neoliberal atual, que preconiza o que deve ou pode ser considerado como uma saúde ideal.

No quarto Capítulo – *O Olhar com Lentes Foucaultianas* -, abordo aspectos do referencial teórico de Michel Foucault, importantes para o contexto desta pesquisa, tais como a noção de discurso, de governamentalidade e de biopolítica. Também argumento sobre os pontos de articulação que tornam possíveis a ideia de pensarmos

as recomendações da Adesão Terapêutica, no contexto da TB, como estratégias biopolíticas da Promoção da Saúde.

No quinto Capítulo – *Percurso Metodológico* -, apresento o caminho metodológico construído para a realização desta dissertação. Primeiramente, explico os critérios utilizados para a delimitação do material empírico que constituiu o *corpus* desta pesquisa (os *Manuais de Recomendações para o Controle da TB no Brasil*). Na sequência, apresento os três movimentos realizados para olhar as recomendações dos *Manuais* por lentes foucaultianas: a construção do objeto de pesquisa a partir da problematização; a formulação de determinada maneira de interrogar esses documentos; e, as análises realizadas através da articulação com os três eixos analíticos do referencial de Michel Foucault, quais sejam, os saberes capazes de adesão, as relações de poder e as estratégias biopolíticas.

No sexto Capítulo – *As recomendações dos Manuais de Controle da Tuberculose* -, apresento as recomendações dos *Manuais* como práticas discursivas distribuídas de acordo com os três eixos analíticos do referencial teórico-metodológico de Michel Foucault: os saberes capazes de adesão, as relações de poder e os mecanismos de disciplina, e os cinco aspectos que identifiquei como estratégias biopolíticas da Promoção da Saúde na vertente neoliberal: “fazer viver” determinadas vidas, a segurança da população saudável, a formação da “população vulnerável”, a superação da pobreza como ordenadora do discurso, e a adesão como empreendimento de si.

Por fim, no último Capítulo - *Algumas Considerações* -, apresento alguns pontos que considere relevantes, muito mais para a ampliação das ideias exploradas nessa dissertação, do que para um fechamento em torno do que foi abordado. Destaco que minha intenção aqui vai no sentido de apenas colocar um ponto final nessa conversa, cujos fluxos da vida, insistem em colocar em constantes movimentos.

1 O MOVIMENTO EM DIREÇÃO À VONTADE DE PENSAR DIFERENTE

Certezas demais obstruem o pensamento, nos tornam surdos; somos convocados ao pensamento exatamente pelo desconhecimento que temos em relação à vida, em sua infinita complexidade. Ter consciência de quem somos no universo move o pensamento, a tempestade de forças que nos toma quando estamos perplexos. Não controlamos a tempestade, apenas içamos as velas, manejamos o leme. (MOSÉ, 2018, p.130)

A fim de cumprir a tarefa de qualificar o cuidado exercido por profissionais quanto ao manejo clínico da TB, eu e um colega de trabalho “movíamos o leme” em direção à realização de mais um evento em comemoração ao Dia Mundial de Combate à TB. O evento, intitulado *Capacitação de Profissionais da Atenção Básica^[4] em alusão ao Dia Mundial de Combate à Tuberculose*, foi realizado no ano de 2014, no auditório de uma universidade de um município a 300 km da capital do RS. Nesse local, aproximadamente duzentas pessoas nos aguardavam. O público era formado por diversos profissionais, por vezes desejosos por aprender, por vezes um tanto desanimados com as dificuldades enfrentadas no controle da doença até então. Dentre os participantes, estavam os profissionais de nível técnico e superior que atuavam nas unidades de saúde da Atenção Básica, nos Serviços de Atenção Especializada; nos hospitais gerais, bem como na gestão dos programas municipais de controle da TB e da Vigilância em Saúde. Participavam também estudantes de diversos cursos da área da saúde das faculdades locais de municípios próximos. Como de praxe, meu colega iniciou a apresentação com dados epidemiológicos da TB, seguida da fisiopatogenia, diagnóstico e tratamento. Eu, na sequência, abordei os cuidados de Enfermagem no atendimento à TB, com foco no fortalecimento da Adesão Terapêutica ao tratamento.

Sempre que eu preparava uma abordagem sobre TB, é como se eu fosse convocada ao pensamento pelo desconhecido (MOSÉ, 2018), isto é, o desconhecimento de respostas quanto a diversas perguntas me remetia a pensar sobre

⁴ Nesta pesquisa, opto pela utilização do termo Atenção Básica em detrimento de Atenção Primária em Saúde, devido à importância do emprego do termo pelo Movimento de Reforma Sanitária no Brasil, o qual se relacionou com a construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada (GIOVANELLA, 2018). Atenção Básica, nesse contexto, pode ser definida como o primeiro nível de atenção do SUS e caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e visa à manutenção da saúde (BRASIL, 2017c).

como agir frente à problemática da adesão. Hoje, entendo que o desconforto gerado pela necessidade de responder às perguntas dos profissionais que participavam da atividade, se refletia no fato de que as dúvidas deles, de certa forma, eram também as minhas: *Qual a melhor conduta diante daqueles que declaradamente se negavam a fazer o tratamento? Como fazemos para fortalecer a Adesão nos casos em que o paciente não tem condições mínimas de alimentação, transporte e moradia? O que seria necessário para lidar com as situações em que a rede de apoio de serviços de saúde não se mostra efetiva para o tratamento do alcoolismo e da drogadição?* Eu também me questionava muito quanto a esses aspectos porque, num período não superior a um ano, era eu que estava no lugar desses profissionais. Isso porque, no ano de 2013, quando se iniciou o processo de descentralização⁵ do tratamento da TB para Atenção Básica, no município de Porto Alegre, eu era uma das várias enfermeiras que estavam sendo capacitadas para organizar e implantar as atividades de atendimento da TB nas unidades de saúde. Tarefa que considero ter conseguido realizar com certa satisfação a partir do que aprendi na vivência como residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, um ano antes. Na Residência, eu pude participar das inúmeras atividades do Programa de Controle da TB, o que considero ter sido um momento ímpar de aprendizado. Dentre as diversas atribuições como residente, estavam as ações de educação que eram realizadas tanto nas reuniões com a equipe, quanto no acompanhamento do tratamento dos pacientes pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde na qual eu atuava. No entanto, um ano após, optei por interromper a Residência para trabalhar na Vigilância Epidemiológica em um município considerado prioritário para TB no RS. Lá, apesar de atuar no monitoramento dos casos da doença, por meio da utilização dos sistemas de informação, também me envolvia em ações de educação em saúde com os demais profissionais da Atenção Básica, principalmente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A partir desses diversos lugares que atuei como enfermeira no cuidado à pessoa com TB, foi minha inserção em um centro de referência no controle da doença, a partir do ano de 2014, que me autorizava a “capacitar” e a “ensinar” o desafio da Adesão

⁵ A descentralização do tratamento da TB consiste em ofertar os recursos humanos e estruturais para que os serviços da AB passem a realizar o diagnóstico e tratamento da TB. O principal objetivo é quebrar a cadeia de transmissão da doença o mais breve possível (BRASIL, 2011a).

Terapêutica. Tal autorização passava pela compreensão da importância que se atribuía à apropriação das recomendações dos *Manuais de Controle da TB*, pois todas as atividades de assistência e preparação das aulas/capacitações eram planejadas com base nesses documentos. Claro que não poderia se desconsiderar a experiência adquirida nos diversos locais nos quais trabalhei com a TB, nesse processo, mas ela também, assim como meu modo de ser enfermeira, foi sendo constituído, sobremaneira, pelas recomendações daqueles *Manuais*. Ocorre que essas recomendações não eram - como ainda não são - o suficiente para responder, não somente às perguntas dos profissionais, mas também ao posicionamento e às dúvidas das pessoas em tratamento, quando estas referem: *Mas eu não me sinto doente! Não tomei os medicamentos porque hoje eu ainda não consegui um dinheiro para me alimentar. Minha vida? Não me importa. Faltei à consulta porque lá na minha cidade não tinha mais passagem para me dar. A senhora não se preocupe, eu sempre tomo o remédio antes de fumar o crack, porque o crack não consigo largar! Hoje eu não tenho para onde ir, tu podes ver com a assistente social se não teria um abrigo para eu ficar? Não vou mais fazer o tratamento, enfermeira, porque prefiro morrer a tomar injeção todos os dias por dois anos. Eu tive de sair de casa, pois lá não queriam que eu ficasse... as pessoas têm medo da tuberculose!*

Tais provocações foram as condições de possibilidade necessárias para eu (re)pensar aspectos do meu cotidiano profissional e, em consequência, “construir” o objeto e as intenções dessa pesquisa, pois “nenhuma indagação nasce de um vazio, sem um território e sem um tempo que fecunda as ideias, as dúvidas, as inseguranças”(COSTA, 2005, p. 200). (Re)pensar no sentido de tomar o pensamento como “aquilo que me permite tomar uma distância em relação a essa maneira de fazer ou de reagir, e tomá-la como objeto de pensamento e interrogá-la sobre seu sentido, suas condições e seus fins” (FOUCAULT, 2004, p.231). Sendo assim, a necessidade de tomar distância de alguns dos modos, dos ditos e dos documentos que me constituem enquanto enfermeira – dentre eles, os *Manuais de Recomendações para o Controle da TB* – de forma a configurá-los como meu objeto de pesquisa, a partir do referencial escolhido, me exigiu certos cuidados que chamo de atitudes. Atitudes relacionadas com o fato de optar por caminhar na contramão do que é legitimado como o verdadeiro conhecimento. Isto é, ao fato dos sistemas educacionais e de saúde ainda privilegiarem os dados estatísticos como produção de conhecimento científico (GASTALDO, 2005). O que, por sua vez, se relaciona com uma forma de fazer ciência, que surgiu na

modernidade e ainda persiste nos dias de hoje, “sustentada pela racionalidade construída pelo método cartesiano e impulsionada pelo Iluminismo que valorizava a razão como forma de produzir uma época esclarecida” (MOSÉ, 2018, p. 66). Entendo, portanto, que tais cuidados estejam contemplados por meio de algumas atitudes: uma ética, uma autocrítica e uma de educadora em Saúde.

A atitude ética está relacionada com o fato de que tomar distância dos *Manuais* - a fim de questioná-los - não se trata de fazer um juízo de valor acerca do que é certo ou errado nas recomendações desses documentos. Tão pouco desvalorizar ou reduzir a importância de aspectos que se mostram imbricados à temática da adesão como o quadro conceitual da vulnerabilidade, a formulação e implantação de políticas públicas para o enfrentamento da doença, bem como a forma como se organizam os serviços de saúde para prover todas as etapas necessárias ao atendimento da pessoa doente. Por isso, tomar distância implica compreender que essas recomendações estão inscritas em uma ordem discursiva e que analisá-las supõe que:

(...) em toda a sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 2014, p.8)

Portanto, esta pesquisa não visa apontar uma forma correta de agir frente ao controle da doença, tão pouco trazer apontamentos que levem à transformação dos sujeitos envolvidos como tomada de consciência para mudança de comportamentos. Pois analisar os *Manuais* não significa transformá-los, eliminá-los ou ignorá-los e, sim, torná-los visíveis por meio da desconstrução e ressignificação frente a verdades previamente construídas (MEYER et al.; 2018). Isto é, olhá-los e analisá-los com lentes foucaultianas exclui a necessidade/possibilidade de descobrir o que estaria supostamente oculto, ou identificar as segundas intenções ou representações escondidas. Minha intenção, bem mais modesta, seguindo Rosa Maria Bueno Fischer (2012), é tão somente visibilizar algumas relações históricas de práticas muito concretas em relação à Adesão Terapêutica no tratamento à TB.

A atitude de autocrítica, por sua vez, se relaciona com o exercício da crítica, através do questionamento das atividades do meu exercício profissional, como sujeito que coloca em operação - ao mesmo tempo em que sobre mim operam - as recomendações sobre adesão dos *Manuais* como práticas concretas. A pesquisa aqui

apresentada decorre da indagação do que parece ser evidente em relação a hábitos, certos modos de agir estabelecidos e familiaridades adquiridas. Para Foucault (2010), a autocrítica, através da problematização, consiste no exercício do ato de suspeitar, a fim de ampliar as condições de possibilidade para o acesso a outras verdades. Isso implica tornar visível a dimensão política da constituição dos saberes e das relações de poder, bem como do que é tomado como verdadeiro em determinado período histórico (FOUCAULT, 2014). Nessa perspectiva, a verdade não é uma instância neutra detentora da essência das coisas e, sim, uma ficção útil, um modo de selecionar, hierarquizar, excluir e conferir poder:

A ideia de verdade é um modo, fundamentado em um método, de conferir estabilidade a determinados discursos, não uma instância neutra detentora da essência das coisas, mesmo porque não há essências nem coisas neutras, senão na linguagem. As palavras dão identidades a coisas distintas; sob a palavra permanece a vida em sua pluralidade e potência; não é possível reduzir a vida a um discurso. (MOSÉ, 2018, p.14)

Aliado a isso, a crítica, como um acionador de estranhamentos, desconfortos, envolvimento e compromissos, está relacionada a uma prática de cuidado em Enfermagem possível, reflexiva e ativista, emergente a partir das relações em seus contextos de trabalho (OLIVEIRA, 2011).

A) atitude de assumir o papel de educadora em Saúde, por sua vez, se relaciona com a complexidade que envolve entender-se enquanto sujeito educador em saúde no campo da Enfermagem. Isto porque, nesta área, coexistem diversas vertentes pedagógicas que discorrem acerca da melhor forma de ensinar. Dentre elas, atualmente, o desafio é fugir de práticas isoladas e verticalizadas, numa tentativa de criar alternativas à proposta de transmissão de saberes de um sujeito a outro (OLIVEIRA, 2011; MEYER, 2006). Não pretendo, aqui, aprofundar as práticas de Educação em Saúde, mas quero destacar que, quando adotamos um modo específico de educar, estamos colocando em suspenso outros modos que se silenciam, isto é, não são enunciados (FOUCAULT, 1987). Educar de acordo com o referencial utilizado nesta pesquisa se torna um desafio, pois:

(...) tudo o que ensinamos, apreendemos e fazemos está ancorado em saberes e práticas parciais e provisórias, que resultam de disputas travadas em diversos âmbitos do social e da cultura. Admitir isso não é simples, pois quando se trata de educar, em quaisquer âmbitos e relações, somos colocados diante da necessidade de mudar a lógica do nosso pensamento em relação a vários aspectos do que aprendemos e inventamos. (MEYER et al., 2018, p.109)

Sendo assim, admitir que educar na área da saúde seja um componente do cuidado em Enfermagem, que se relaciona com certos modos de ensinar e aprender (MEYER et al.; 2018), implica compreender que diferentes relações, nas suas mais variadas formas e lugares, atravessam esse cuidado (MARTA; TEIXEIRA, 2016). Por isso, a importância de fazermos uso de formas de indagar, questionar e problematizar “aquilo que parece natural; rotineiro, talvez banal; pequeno; desinteressante; quem sabe, obscuro; tal como as práticas do dia a dia” (COSTA et al.; 2008, p. 633). Além disso, destaco que pesquisas dentro do referencial foucaultiano⁶, no campo da Enfermagem, têm se mostrado produtivas para pensarmos importantes aspectos do próprio cuidado como objeto da profissão (MARTA; TEIXEIRA, 2016); do processo de afirmação como área do conhecimento (AZEVEDO; RAMOS, 2003); da forma como a história das práticas de Enfermagem vem sendo escritas (CARVALHO et al.; 2012); da produção de subjetividades, quando a enfermeira se coloca como objeto de seu próprio pensamento (ARAÚJO; TREVISAN; RAMOS, 2006) e dos discursos que constituem o enfermeiro, bem como as condições de possibilidade do aparecimento dessa profissão no Brasil (KRUSE, 2008). Destaco ainda que os questionamentos que faço em relação ao meu papel como educadora em Saúde se aproximam das problematizações que são comuns ao campo educacional, como campo privilegiado para a confrontação do pensamento (SILVA, 1994). Confrontar aspectos da racionalidade típica de uma época pode ser produtivo para a compreensão de como nos tornamos sujeitos, do porquê pensamos o que pensamos, bem como porque agimos da forma como agimos (VEIGANETO, 2011). A partir disso, excluimos a noção de sujeito como algo dado a priori e passamos a nos compreender como sujeitos que são constituídos, produzidos, fabricados por verdades temporais e contextuais (CANDIOTTO, 2016).

Nesse sentido, entendo que a definição de Adesão por um processo colaborativo, por uma negociação entre profissional e pessoa doente faça parte dessas verdades temporais e contextuais. Verdades que transitam por e fortalecem os discursos acerca da Promoção da Saúde na sua vertente de exaltação da responsabilização individual, empoderamento e autonomia do sujeito. Esse sujeito capaz de colaborar, negociar conscientemente e tomar as corretas decisões para o cuidado da sua saúde passa a ser

⁶ No artigo “A difusão do pensamento de Michel Foucault na educação brasileira: um itinerário bibliográfico” (AQUINO, 2013), bem como no artigo “Foucault e a Pesquisa Educacional Brasileira, depois de duas décadas e meia” (AQUINO, 2018), Julio Groppa Aquino mostra a difusão do pensamento foucaultiano na literatura educacional brasileira nos últimos 25 anos.

o modelo desejado, idealizado e inventado pelo modo de pensar da atual sociedade neoliberal. E são esses alguns dos aspectos sobre os quais me debruço nesta pesquisa.

2 LINHA DE CUIDADO DA TUBERCULOSE

O raciocínio que acontece em linha, opondo de um lado o bem e de outro o mal, não é um modo de conhecer, mas de exercer o poder. Trata-se de um modo de selecionar, de julgar, de excluir. Foi uma ilusão de paraíso, o sonho de um mundo perfeito, um mundo imaginário e feliz, sem contradições, nem sofrimentos, que levou à oposição entre bem e mal, certo e errado, bonito e feio. A ordenação da linguagem a partir destes opostos vem de uma necessidade psicológica de acreditar em outro mundo. (MOSÉ, 2018, p. 114)

Na tentativa de ordenar, construir e organizar, nós, sujeitos desse tempo, colocamos em oposição nossos pensamentos e buscamos formular, por meio da “ordenação da linguagem” (MOSÉ, 2018, p. 114), raciocínios lógicos, que nos permitam compreender as complexas relações e situações em que vivemos. No campo da saúde, não é diferente, pois essas relações de ordenação e organização das ações e serviços ofertados à população se concretizam pela construção de uma Linha de Cuidado, definida por Deborah Carvalho Malta e Emerson Elias Merhy (2010), como uma rede de ações e serviços em diferentes pontos da atenção à saúde, que funcionam como instrumentos de gestão e de assistência necessários ao cuidado. Ter uma rede de ações, um caminho a seguir, de certa forma, nos tranquiliza e supre a necessidade de organizar o pensamento de forma lógica, mesmo que a lógica seja apenas uma das formas dadas aos discursos (MOSÉ, 2018, p. 112). Sendo assim, apresento, a seguir, os marcos referenciais e legais que foram indutores da construção da Linha de Cuidado da TB. Também serão abordados aspectos da fisiopatogenia e epidemiologia, bem como as atuais estratégias programáticas recomendadas para o controle de uma doença que, ainda hoje, se configura como um problema de saúde pública.

2.1 Marcos referenciais e legais do controle da doença

Apesar de fatos e registros acerca da TB serem de longa data, foi no século XIX, durante o acelerado processo de urbanização, causado pela Revolução Industrial, que a doença se alastrou por toda a Europa, atingindo também o Brasil. Devido à necessidade de se preservar o desenvolvimento econômico vigente, a partir da inserção das classes trabalhadoras na dinâmica capitalista da época, por volta de 1920, a TB passa a ser vista como uma ameaça social. Fato que desencadeou a organização de uma política sanitária, amparada em um saber médico que privilegiava uma lógica

higienista de vigilância e controle da doença, como forma de sanar qualquer ameaça ao crescimento econômico iminente (PINHEIRO; ZANETTI, PAPALI, 2015).

Essa ameaça da TB, doença infecto-contagiosa cujo principal agente etiológico é o *Mycobacterium Tuberculosis*, deve-se, em parte, a sua transmissibilidade aérea, isto é, por meio da eliminação de bacilos para o meio ambiente, por meio da fala, tosse ou espirro de indivíduos com TB pulmonar bacilífera. Indivíduos bacilíferos são aqueles em que o exame de baciloscopia direta do escarro apresenta resultado positivo, isto é, são estes os transmissores da doença (BRASIL, 2019). Tal transmissibilidade a colocou como um dos principais agravos a ser controlado pela Vigilância Epidemiológica, por meio da redução da morbimortalidade, conhecimento da magnitude da doença, da sua distribuição na população e o conhecimento de fatores associados à ocorrência e ao abandono do tratamento da doença (BRASIL, 2019).

Dentre as ações da Vigilância Epidemiológica, está a de definir o que é considerado um caso de TB⁷, bem como criar e utilizar ferramentas para coletar, transmitir e disseminar dados por meio de informações que auxiliem no controle da doença. Dentre essas ferramentas, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) se configura como a fonte de processamento de dados da TB, cuja notificação é compulsória no Brasil (BRASIL, 2019). Por meio dos casos notificados no SINAN, é gerado um banco de dados que permite o cálculo dos indicadores operacionais e epidemiológicos da TB, divulgados periodicamente.

Tais indicadores nos permitem conhecer o cenário epidemiológico da doença no Brasil, cuja incidência - de 34,8 casos por 100 mil habitantes - é considerada alta. Tal incidência coloca o nosso país como responsável por 33% da carga da doença na região das Américas que, apesar de concentrar apenas 3% dos casos mundiais, apresenta indicadores de cura (71,4%) e de abandono (10,8%) insatisfatórios (dados referentes aos anos de 2017 e 2018) (BRASIL, 2019). No ano de 2016, a mortalidade pela TB chegou a 2,2 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2017b). Se levarmos em consideração as diferenças regionais, no ano de 2017, o coeficiente de incidência, referente aos estados brasileiros, variou de 10 a 74 casos por 100 mil habitantes, sendo

⁷ Um caso pode ser confirmado como TB por meio de critérios laboratoriais, independente da forma clínica, por meio de pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, de teste rápido molecular ou de cultura. E também por critérios clínicos, isto é, todo caso suspeito que não atendeu ao critério de confirmação laboratorial, mas apresentou resultados de exame de imagem ou histológicos sugestivos de TB (BRASIL, 2019).

a média nacional de 33,5 casos por 100 mil habitantes no mesmo ano. O Rio Grande do Sul (RS) ocupa o quarto lugar em incidência da doença (39,5 casos por 100 mil habitantes) dentre as unidades federadas (BRASIL, 2017b). No que se refere às capitais, Porto Alegre está em primeiro lugar, apresentando 80,4 casos por 100 mil habitantes, com destaque para altas taxas de coinfeção (TB/ HIV), que alcançam o dobro da média nacional (BRASIL, 2015).

Os principais esforços em reduzir o abandono do tratamento, cujo objetivo é aumentar a taxa de cura e reduzir a mortalidade, se mostram ineficazes para considerarmos a TB controlada no Brasil. Além disso, no ano de 2016, o país atingiu 74,6% de cura, enquanto que o RS curou, em 2017, apenas 67,4% dos casos. Nesse ano, a meta estipulada pelo *Programa Nacional de Controle da Tuberculose* (PNCT) para controle da doença era de curar, no mínimo, 85% dos casos e reduzir o abandono a, no máximo, 5%. Em relação à taxa de abandono do tratamento, o Brasil ficou muito aquém do esperado, pois apresentou 10,8% de abandono. No RS, esse número é ainda maior: se aproxima de 13% (BRASIL, 2017b). Porto Alegre, por sua vez, apresenta taxa de cura ainda menor, de 61,4 por 100 mil habitantes, sendo a terceira capital com o menor índice de cura de casos novos e a primeira em número de abandono do tratamento com 16,3% (BRASIL, 2015).

Para dar conta deste cenário, as ações de controle da TB são elaboradas, organizadas e operacionalizadas com a oferta de serviços, nos três níveis de atenção à saúde⁸, em uma rede de assistência hierarquizada e regionalizada operante em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 1990). Busca-se, dessa forma, contemplar as etapas necessárias para a prestação de cuidado integral à doença: identificação dos casos, diagnóstico e tratamento precoce, bem como estratégias programáticas para o controle da doença: vacinação, detecção de casos de TB, fortalecimento da Adesão Terapêutica, controle dos contatos, medidas de controle de infecção da TB em unidades de saúde e ações estratégicas para situações e populações especiais (BRASIL, 2019).

⁸ O sistema de saúde brasileiro está organizado em três níveis: no primeiro nível, estão as unidades de saúde da Atenção Básica; no nível secundário, os Centros de Referências para o Tratamento da TB ou os ambulatórios de Serviços de Atendimento Especializado; e, no nível terciário, os hospitais gerais ou hospitais de longa permanência para o tratamento da TB (BRASIL, 2019).

Para tal, há atribuições e competências específicas na esfera federal, através do PNCT; na esfera estadual; através dos *Programas Estaduais de Controle da Tuberculose* (PECT); e, em nível local, através dos *Programas Municipais de Controle da Tuberculose* (PMCT) (BRASIL, 2011a). Tais entes governamentais devem atuar em conjunto para a construção de Planos de Enfrentamento da TB, em consonância com as estratégias em nível mundial.

O atual *Plano Nacional para o Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública*, elaborado pela Coordenação Geral do PNCT, em conformidade com a atual *Estratégia Mundial “End TB Strategy”* (mundo livre da TB até 2035) (BRASIL, 2019), propõe esforços para o alcance de novas metas: redução da incidência da doença em 90% e redução de óbitos por TB em 95% (comparado com dados de 2015) até o ano de 2035. Este Plano se baseia em três pilares: 1) Prevenção e cuidado integrado centrado no paciente; 2) Políticas arrojadas e sistemas de apoio; e, 3) Intensificação de pesquisa e inovação. Esses três pilares se mostram inovadores diante do caráter multicausal da doença que, por sua vez, exige o enfrentamento dos DSS. A utilização da proteção social como ferramenta de apoio pelos serviços de saúde, em conjunto com os demais setores da rede de assistência social, se torna essencial nesse processo (BRASIL, 2017b).

No *Quadro 1*, a seguir, são apresentados os principais marcos legais e referenciais do enfrentamento da TB, publicados no período de 1993, ano em que a OMS declarou a TB como um problema de saúde pública (BRASIL, 2011a) a 2018. Essas publicações se referem aos planos, ações e estratégias de enfrentamento da doença, bem como as recomendações dos *Manuais de Controle* da doença. A disposição desses marcos, conforme quadro abaixo, visa facilitar a visualização do que foi publicado no mesmo ano no Brasil e no mundo, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nos casos em que não houve publicações relevantes, opto por deixar a seção do referido ano, no quadro, em branco.

Quadro 1- Marcos legais e referenciais do enfrentamento da TB no período de 1993 a 2018

Ano	Mundo	Brasil ⁹
1993	Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a <i>Estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração)</i> para enfrentamento da TB como uma emergência de saúde pública	
1996		Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária lança um <i>Plano Emergencial para o Controle da TB</i>
1997		Recomendada a testagem de HIV para todos os doentes de TB no I Consenso Brasileiro de TB
1998		Publicação da Resolução nº 284, que aponta a necessidade de priorização da TB pelo MS
1999		<i>Plano Nacional de Controle da Tuberculose</i> com ordenação das ações de controle no País e implementação da estratégia DOTS
2000	Inserção da necessidade de redução da mortalidade relacionada à TB no combate ao HIV/AIDS, até 2015, como uma das Metas dos <i>Objetivos de Desenvolvimento do Milênio</i> ¹⁰	<i>Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para Eliminação da Hanseníase e Controle da TB em municípios prioritários por meio da AB</i>
2002	Criado o <i>Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária</i>	<i>Manual Técnico para o Controle da TB</i> , no formato de <i>Cadernos de Atenção Básica nº 6 (BRASIL, 2002a)</i>
2003		A TB é colocada na agenda de prioridades das políticas públicas do Brasil
2004	OMS lançou a <i>Política Provisória em Atividades Colaborativas TB-HIV</i>	Criação da <i>Parceria Brasileira Contra a TB</i>
2006	A OMS lançou a <i>Estratégia Stop TB</i> com o objetivo de fortalecer a estratégia DOTS e reduzir o peso global da doença até 2015	<i>Plano Estratégico para o controle da TB no Brasil (2007- 2015)</i> . Publicação do <i>Pacto pela Vida</i> que coloca como uma das prioridades o fortalecimento da capacidade de resposta à TB
2007		Início do Projeto <i>Fundo Global TB</i> e a criação dos Comitês Metropolitanos de TB em 11 estados para o acompanhamento do projeto

⁹ Como o enfoque desta pesquisa são os *Manuais*, que têm por objetivo informar recomendações aos profissionais de saúde, opto por inserir, no quadro apenas publicações e documentos da esfera federal, a quem compete a elaboração de diretrizes e protocolos a serem seguidos, salvo particularidades (BRASIL, 2019).

¹⁰ Todos os 189 Estados-Membros das Nações Unidas, na Assembleia do Milênio, assumiram como meta para os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” o combate ao HIV/aids, malária e outras doenças, incluindo o compromisso de deter, até 2015, a prevalência e a mortalidade relacionada à TB (BRASIL, 2017a)

2008		<i>Cadernos de Atenção Básica nº 21, com recomendações para o controle da TB aos profissionais de saúde</i>
2011		<i>Manual de Recomendações para o Controle da TB no Brasil (BRASIL, 2011a) e do Tratamento Diretamente Observado da TB na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem (BRASIL, 2011b)</i>
2012		Criação da Frente Parlamentar de luta contra a TB. Estabelecimento da Rede Brasileira de Comitês Estaduais para o controle da doença
2013		<i>Relatório da Subcomissão Especial sobre as doenças determinadas pela pobreza, com ênfase na TB</i>
2014	Aprovada na, 67 ^a Assembleia Mundial de Saúde, a Estratégia pelo Fim da Tuberculose (<i>End TB Strategy</i>), na qual o Brasil foi o principal proponente. Criação da Frente Parlamentar Global de Luta Contra a TB	Implantação da Rede de Teste Rápido Molecular para o diagnóstico da tuberculose na rede pública
2017		MS lança <i>Brasil Livre da TB. Plano Nacional pelo fim da TB como Problema de Saúde Pública</i> em conformidade com a Estratégia Mundial pelo Fim da TB.
2018		<i>Manual de Recomendações para o controle da TB no Brasil (com base numa atualização da 1^a versão publicada em 2011)</i>

Fonte: Adaptado de OPAS (2015) e Brasil (2017a)

2.1.1 Identificação dos casos, diagnóstico e tratamento precoce

Como componentes da Linha de Cuidado da TB, estão a detecção de casos, o diagnóstico e o tratamento precoce. A detecção de casos de TB visa a identificação do Sintomático Respiratório (SR), definido como pessoa que apresenta tosse por três semanas ou mais. No caso de populações vulneráveis, recomenda-se utilizar o critério de tosse a qualquer tempo (BRASIL, 2019). Uma vez identificado o SR, inicia-se a avaliação para a realização do diagnóstico e tratamento precoce, que serão abordados no capítulo seguinte.

No *Quadro 2*, são apresentados os três métodos clássicos para diagnósticos da TB pulmonar: clínico-epidemiológico, bacteriológico e por imagem, conforme as últimas recomendações (BRASIL, 2019).

Quadro 2 - Métodos Clássicos para o diagnóstico da TB pulmonar

Métodos Diagnósticos		
Aspectos		Objetivos
Clínicos	Presença de sinais e sintomas	Identificação de tosse persistente seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna, cansaço e emagrecimento
Bacteriológicos	Exame de baciloscopia direta de escarro	Visa por meio de técnicas laboratoriais a identificação do bacilo causador da doença no escarro
	Teste Rápido Molecular (TRM-TB)	Detecção de DNA dos bacilos e triagem de cepas resistentes à rifampicina mediante técnica específica.
	Exame cultural	Identificação do crescimento de bacilos causadores da TB em amostra de escarro mediante técnica laboratorial específica. Esse exame é de extrema importância e deve ser realizado idealmente a todo caso de TB, pois, conforme critérios que variam de acordo com a realidade local, determinam a realização do Teste de Sensibilidade a Antimicrobianos, que possibilita a identificação de cepas resistentes.
Imagem	Raio X pulmonar	Visa a identificação de achados radiológicos sugestivos de doença ativa

Fonte: Brasil (2019)

Em relação ao tratamento da TB, as recomendações destacam a importância do acolhimento por parte dos profissionais de saúde, desde o diagnóstico até a alta, pois entendem que uma abordagem humanizada e o estabelecimento de um vínculo com a pessoa em tratamento são determinantes para o sucesso do desfecho do caso (BRASIL, 2019). Opto por apresentar os esquemas de tratamento por meio de um quadro (Quadro 3) comparativo entre *TB sensível* e *TB drogarresistente*. Por *TB sensível*, entende-se os casos da doença causados por bacilos sensíveis às drogas utilizadas no esquema básico de tratamento, que de forma geral incluem a rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, bem como os casos em que o Teste de Sensibilidade Antimicrobiano não detecta resistência às drogas testadas (estreptomicina, rifampicina, isoniazida e etambutol). Por *TB resistente*, entende-se os casos da doença causados por bacilos resistentes a algumas das drogas anteriormente citadas, bem como de outras drogas testadas conforme fluxo laboratorial para realização de Teste de Sensibilidade Antimicrobiano (BRASIL, 2019).

Quadro 3 - Comparativo dos aspectos do tratamento da *TB sensível* e da *TB resistente*

Aspecto do tratamento	TB sensível	TB drogarresistente¹¹
Medicamentos utilizados	Medicação é via oral ¹² , de 2 a 5 comprimidos por dia, de acordo com o peso do paciente	<p>O tipo e a dose das drogas utilizadas no esquema de tratamento de <i>TB resistente</i> são definidas de acordo com o tipo de resistência apresentada.</p> <p>O Teste de Sensibilidade Antimicrobiano e o Teste Rápido Molecular são recursos para a identificação desses casos</p> <p>Geralmente, há a necessidade de introdução de medicação injetável¹³, de 3 a 5 vezes na semana, associada à medicação por via oral de uso diário</p>
Tempo de tratamento	<p>Fase intensiva com duração de 2 meses com 4 drogas administradas por via oral.</p> <p>Fase de manutenção com duração de 4 meses, podendo estender-se para mais tempo, com duas drogas administradas por via oral.</p> <p>Geralmente o tempo total do tratamento é de seis a 12 meses</p>	<p>Fase intensiva com uso de medicação injetável (com duração variável de acordo com o esquema, que geralmente pode durar oito meses)</p> <p>Na fase de manutenção, geralmente, é suspenso o injetável e mantém-se as medicações via oral por mais dez meses. Total do tempo de tratamento pode variar de 18 a 24 meses.</p>
Custos	Medicamentos com menores custos	Estudo em país com alta carga de <i>TB resistente</i> mostra que o tratamento dessa forma da doença pode custar até 103 vezes mais do que o tratamento de <i>TB sensível</i> ao esquema básico (POORAN et al., 2013).
Chance de cura	Chance de 100% de cura entre os casos novos da doença, sensíveis aos tuberculostáticos desde que haja adesão ao tratamento	Pode cair para 60% de chance de cura

¹¹ A *TB resistente* pode ser classificada como primária ou secundária ou adquirida. Na primária, os casos da doença se deram por exposição e consequente contaminação por bacilos resistentes e, na secundária, os casos da doença ocorrem por inadequado ou incompleto tratamento após a exposição/infecção por bacilo sensível (BRASIL, 2019).

¹² Alguns casos podem exigir um esquema especial de tratamento, como hepatotoxicidade ou esquema especial para manejo de efeito adverso (WILHELM, 2018).

¹³ Esquemas padronizados para tratamento da *TB resistente* estão disponíveis no Capítulo 7, intitulado “Tratamento da *TB drogarresistente*” no *Manual de Recomendações do Controle da Tuberculose* (BRASIL, 2019).

Efeitos adversos	Os mais frequentes são os efeitos adversos menores que, adequadamente manejados, não indicam necessidade de interromper tratamento	Maior risco de efeitos adversos devido à necessidade de inclusão e associação de fármacos no esquema terapêutico
Tratamento Diretamente Observado (TDO)	Recomendado para todo caso de tuberculose, porém a cobertura de realização ainda é considerada baixa: 36,3% no Brasil e 17,2% no RS	Recomendado para todo caso de tuberculose. É necessário o comparecimento do paciente na unidade de saúde, de segunda a sexta feira ou, no mínimo, três vezes por semana para a supervisão das tomadas da medicação
Acompanhamento após cura	Não há recomendações de seguir acompanhamento no serviço após a cura. Orienta-se alerta quanto ao reaparecimento de novos sintomas	Necessidade de acompanhamento por dois anos após a cura no serviço de referência

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2019) e POORAN et al (2013)

2.1.2 Estratégias Programáticas

Depois de instituído o tratamento, deve-se realizar o acompanhamento dos casos, mediante atividades programáticas para avaliar a evolução da doença. Preconiza-se a realização de consultas para avaliação clínica mensal, na qual se busca realizar o controle bacteriológico através da baciloscopia de escarro, o controle radiológico e a identificação de aspectos dificultadores da adesão terapêutica (BRASIL, 2019). No *Quadro 4*, são apresentadas as principais estratégias programáticas na prevenção e controle da doença.

Quadro 4 - Principais estratégias programáticas para prevenção e controle da TB

Estratégia Programática	Ações
Vacinação BCG¹⁴	Medida preventiva contra as formas graves da doença, que se dão na forma de meningite tuberculosa (tipo de TB extrapulmonar que afeta as membranas meníngeas) nas crianças. A meta de cobertura vacinal preconizada é de 90% das crianças menores de um ano de idade.

¹⁴ A vacina produzida a partir do Bacilo Calmette-Guérin (BCG) é utilizada desde a década de 1920 como medida preventiva de grande impacto na redução da mortalidade infantil por TB em países endêmicos (BRASIL, 2019).

Detecção de casos de tuberculose	Busca ativa de SR: atividade de saúde pública, que deve ser planejada e monitorada pelos serviços de saúde, para identificar pessoas com tosse persistente por três semanas ou mais. O objetivo é interromper a cadeia de transmissão, por meio da identificação e tratamento precocemente dos casos bacilíferos.
	Busca passiva de casos de SR: está baseada no atendimento de um indivíduo que, por iniciativa própria e pela identificação da tosse, procure os serviços de saúde.
Controle dos contatos¹⁵	A avaliação de contatos deve ser um processo sistemático, que visa identificar precocemente os casos da doença ativa, bem como as pessoas recém-infectadas a fim de avaliar a necessidade de instituir tratamento para a infecção latente para TB (ILTB) ¹⁶ .
Medidas de controle de infecção para tuberculose em unidades de saúde	É a instituição por parte dos serviços de saúde de medidas administrativas, de controle ambiental e de proteção respiratória (como o uso de máscara) para redução do risco de contaminação durante o atendimento de casos da doença nos serviços de saúde.
Ações direcionadas às populações vulneráveis	<p>Busca ativa da infecção pelo HIV em todas as pessoas com TB e seus contatos, com vistas a instituir o tratamento para ILTB ou início de tratamento para os casos de doença ativa.</p> <p>Busca ativa e passiva de SR na População Privada de Liberdade, com a instituição de ações de controle da TB no momento da entrada no sistema prisional.</p> <p>Busca ativa de SR na população em situação de rua, com base no sintoma de tosse a qualquer tempo e a instituição do TDO como forma de fortalecimento da adesão ao tratamento.</p> <p>Busca ativa de SR em toda a população indígena de forma continuada e de maneira integrada às ações em saúde realizadas pelas Equipes Multidisciplinares da Saúde Indígena e pela Rede de Atenção à Saúde existente no SUS.</p> <p>Avaliação da ILTB em profissionais da área da saúde que possuem maior risco de adoecimento.</p> <p>Implementação de ações específicas para pessoas usuárias de álcool e outras drogas, como o TDO e ações de redução de danos</p>

Fonte: Brasil (2019)

¹⁵ Consideram-se como contato pessoas que convivam com o doente no domicílio, em ambientes de trabalho, em instituições de longa permanência, nas escolas, entre outros, levando em consideração o tipo e o tempo de exposição na avaliação do risco (BRASIL, 2019).

¹⁶ Pessoas infectadas pelo bacilo da TB que não apresentam a doença ativa. Para esses casos, existem critérios para se instituir um tratamento preventivo, com vistas a reduzir a chance de desenvolver a doença no futuro (BRASIL, 2019).

A Adesão Terapêutica ao tratamento da TB, objeto de estudo desta pesquisa, no contexto atual, se caracteriza como uma das principais estratégias programáticas de controle da doença. Por isso, optei em excluí-la do *Quadro 4*, a fim de apresentar as suas bases conceituais e a revisão de literatura sobre tal temática de forma mais detalhada no Capítulo a seguir.

3 ADESÃO TERAPÊUTICA AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Neste Capítulo, inicialmente, apresento os aspectos envolvidos na delimitação do conceito de Adesão Terapêutica, o que inclui considerarmos a emergência dos diversos discursos que a constitui em diferentes períodos históricos, no contexto do tratamento da TB. Também exponho um painel sobre a revisão de literatura acerca das principais pesquisas sobre tal temática no Brasil e no mundo. E, em um segundo momento, exploro aspectos sobre o processo da Adesão que contribuem para pensarmos algumas recomendações dos Manuais de controle da TB como estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde na vertente neoliberal de acordo com o referencial foucaultiano.

3.1 Definições e aspectos conceituais de Adesão Terapêutica

As coisas não têm uma causa porque elas têm muitas. Fazemos parte de um processo que nos antecede, todas as coisas estão conectadas, causando e sendo causadas umas pelas outras; na natureza, no universo, nada de fato começa, a vida é um fluxo eterno, e deste fluxo fazemos parte. Tudo o que vive alimenta o fluxo, mas não o origina. (MOSÉ, 2018, p. 117)

A Adesão Terapêutica é uma dessas “coisas” cujas muitas causas se pretende limitar, definir, identificar. A intenção, do ponto de vista da modernidade, caminha no sentido de que, uma vez definida e delimitada, seja possível controlar todos os fatores a ela relacionados. No entanto, creio que mais do que conhecer e controlar, seja preciso compreender que “todas as coisas estão conectadas, causando e sendo causadas umas pelas outras” (MOSÉ, 2018, p.117). E é devido aos permanentes fluxos, que mudam constantemente a forma de entendimento da vida e de todas as coisas conectadas, que o conceito de Adesão Terapêutica se constituiu através da emergência de diferentes discursos característicos de determinado período histórico e político. Na perspectiva Moderna, estudiosos da área da saúde apresentam o que eles chamam de transformações da definição de Adesão ao longo dos últimos 30 anos. Os primeiros estudiosos do tema, Haynes (1979) e Rand (1993), trabalharam em uma abordagem que buscava relacionar o comportamento de uma pessoa em obedecer às recomendações do profissional de saúde, tais como: tomar a medicação, seguir uma dieta e implementar mudanças de estilos de vida (WHO, 2003). Tal temática foi o foco

da *Reunião sobre Aderência Terapêutica*, realizada no ano de 2001, pela OMS. Cujo objetivo principal foi o de discutir questões relacionadas ao tratamento de doenças consideradas crônicas, a partir do qual foi acordada a inclusão da TB no conjunto das doenças de difícil Adesão devido a necessidade de tratamento por tempo prolongado. Nesse sentido, foi elaborado o documento *Adherence to long-term therapies evidence for action*¹⁷ cujo objetivo foi reforçar o caráter multidimensional da Adesão. Fato que implicou destacar a necessidade da participação de diversos atores e instâncias governamentais no apoio a profissionais e gestores quanto ao manejo das doenças crônicas (WHO, 2003).

Em relação ao caráter multidimensional da Adesão Terapêutica (WHO, 2003), destaca-se que os diversos fatores envolvidos nas cinco dimensões que a compõem influenciam de forma positiva ou negativa nos desfechos dos tratamentos instituídos. A primeira dimensão é composta pelos fatores socioeconômicos como pobreza, analfabetismo, desemprego, falta de rede de apoio e condições de vida instáveis. Na segunda, estão os fatores relacionados ao sistema de saúde, como a relação entre profissional e usuário, a falta de preparação dos profissionais em atender determinado agravo, falta de organização na distribuição de medicação e pouca capacidade do serviço em dar seguimento no acompanhamento da doença. A terceira dimensão é composta pelos fatores relacionados à doença em si, nos quais podemos destacar a gravidade dos sintomas e o mau prognóstico. Na quarta dimensão, estão os fatores relacionados às especificidades do tratamento, que incluem regimes de tratamento complexos, tempo muito longo de duração, insucessos de tratamentos anteriores e efeitos adversos dos medicamentos. Por fim, na quinta dimensão, estão os fatores relacionados à subjetividade do usuário, os quais se revelam pelo conhecimento, atitudes, crenças, percepções e expectativas em relação ao tratamento.

Dentre essas cinco dimensões, a OMS destaca que a quinta, a subjetividade de cada indivíduo no enfrentamento das doenças, que envolve a motivação e expectativas em relação ao tratamento, apesar de ainda ser pouco explorada pelas pesquisas, é determinante para o fortalecimento da Adesão (WHO, 2003). Fato que influenciou no questionamento do quanto a capacidade em seguir as orientações médicas seria determinante da Adesão, visto que já se discutia, naquela época, a necessidade da

¹⁷ Em tradução livre: “Adesão a terapias de longo prazo: evidências para ação”.

atuação multidisciplinar neste processo. Nesse questionamento, havia também a intenção de combater a verticalização das ações de saúde, que abriam precedentes para se pensar que, ao indivíduo, de forma passiva, caberia apenas executar as instruções médicas. Por isso, em 2019, passou-se a reconhecer a Adesão enquanto um processo de negociação entre usuários e profissionais de saúde, no qual ambos deveriam assumir determinadas responsabilidades frente ao tratamento das doenças.

No *Quadro 5*, são apresentadas as estratégias de fortalecimento da Adesão Terapêutica, conforme o *Manual de Recomendações para o Controle da TB no Brasil* (BRASIL, 2019):

Quadro 5 – Estratégias de fortalecimento da Adesão Terapêutica do tratamento da TB

Acolhimento	Caracteriza-se pela escuta solidária, criação de um vínculo com o paciente, família e comunidade. Tal ação faz com que seja estabelecida uma relação terapêutica de confiança.
Tratamento Diretamente Observado (TDO)	É a principal ação de apoio e monitoramento do tratamento da doença, que deve ser ofertado a todos os indivíduos em tratamento. Pressupõe a construção de vínculo e inclui a observação da ingestão dos medicamentos, idealmente, em todos os dias úteis da semana, sendo considerado TDO, no mínimo, 3 vezes na semana (24 doses na fase de ataque e 48 doses na fase de manutenção). Deve ser realizado por profissionais de saúde ou outros profissionais capacitados, desde que supervisionados pelo profissional de saúde. No final de semana e feriados, os medicamentos devem ser autoadministrados. A melhor forma de operacionalizar essa prática é descentralizando para as unidades de saúde, de escolha do paciente, sempre levando em consideração as outras modalidades possíveis: domiciliar (quando é realizado na residência do paciente pelo profissional de saúde) ou de forma compartilhada (quando o doente faz a consulta médica em uma unidade de saúde diferente do local onde comparece para ingerir as medicações).
Projeto Terapêutico Singular (PTS)	É uma ferramenta de organização do cuidado que considera a singularidade de cada caso. Deve ser construído por equipe multidisciplinar de saúde e usuário, em etapas: diagnóstico situacional do paciente, definição de metas, divisão de responsabilidades, reavaliação.

Fonte: BRASIL (2019)

Dentre essas estratégias, o TDO surge como principal componente para fortalecer a Adesão Terapêutica. Para tal, o PNCT desenvolveu o documento *Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem* (BRASIL, 2011b). Apesar de reconhecido o caráter interdisciplinar do

TDO, neste documento, são apontadas as recomendações específicas ao enfermeiro. Fica, portanto, sob a responsabilidade desse profissional, além da implementação e operacionalização desta prática: 1) o conhecimento da doença, a fim de realizar a consulta de enfermagem; 2) as orientações quanto à administração de medicações e possíveis efeitos adversos; 3) a identificação de fatores que podem gerar falha no tratamento; 4) a organização para formação de programas de controle da doença a nível municipal; 5) o desenvolvimento de sistemas de monitoramento e vigilância dos casos da doença; 6) a realização e incentivo às pesquisas na área; 7) a participação em ações de educação em saúde, dentre outras.

No entanto, apesar da recomendação de que o TDO seja ofertado a todo tratamento de TB, devido a benefícios já comprovados como potencial para melhorar a adesão e aumento da probabilidade de cura (REIS-SANTOS et al, 2015; GAZETA et al., 2007, BARRETO et al., 2011; WHO, 2015), ainda há entraves para a sua implantação. Esses entraves vão desde o reconhecimento da sua importância por parte dos gestores no sentido de aumentar a sua cobertura, até o fortalecimento, a melhoria das condições de trabalho e a sensibilização dos profissionais da Atenção Básica, que são quem, na maior parte das vezes, irão operacionalizar de fato o tratamento supervisionado (MEIRELLES; PALHA, 2019; OLIVEIRA et al., 2015, YAMAMURA et al., 2014). Por isso, nos casos de tratamento de TB realizados de forma autoadministrada (sem TDO), o Protocolo destaca a necessidade de ações, construídas de forma acolhedora junto ao paciente, para monitoramento da adesão. Dentre essas ações, se destacam a utilização de impressos padronizados; caixas organizativas para medicamentos, com o objetivo de evitar falhas na tomada da medicação, e agendamento de consultas de acompanhamento em períodos menores de trinta dias. Ainda como ações de monitoramento, que visam fortalecer a adesão, preconiza-se a identificação e busca dos indivíduos faltosos nas consultas (por telefone, e-mail ou visita domiciliar), para reduzir a chance de abandono de tratamento (considera-se abandono de tratamento quando o paciente deixa de comparecer à unidade de saúde por mais de trinta dias consecutivos, após a data prevista para o seu retorno 2019); a reintegração aos cuidados e tratamento (acolhimento do paciente faltoso no momento de seu retorno, o que envolve apoio e ajuda em outros problemas, tais como fome, falta de dinheiro, desestruturação familiar para redução do estigma gerado pela doença); a realização de consultas com foco no seguimento do tratamento; realização de grupos de apoio, educativos ou terapêuticos, bem como, rodas de conversa; a organização de

interconsulta e consulta conjunta com os diferentes profissionais envolvidos e uso de dispositivos facilitadores (porta comprimidos) (BRASIL, 2019).

Em relação à revisão da literatura, destaco que a Adesão Terapêutica ao tratamento da TB é bastante explorada em diversas pesquisas. No *Quadro 6*, são apresentados os achados de estudos de revisão de literatura nacionais, cujo foco foi a investigação de fatores relacionados ao abandono de tratamento, principal causa da má adesão:

Quadro 6 – Estudos de revisão de literatura acerca da Adesão ao Tratamento da TB

Autores	Características e achados dos estudos
ANDRADE et al, (2018)	Revisão Sistemática da Literatura e Metanálise apontou que as estratégias de proteção social podem melhorar os desfechos dos tratamentos da TB. Foram incluídos estudos publicados entre 1995 a 2016, realizados em países de baixa ou média renda com alta carga de TB. Desses, 25 estudos foram incluídos na síntese qualitativa. A metanálise foi realizada com nove ensaios clínicos randomizados.
BERALDO et al. (2017)	Estudo de revisão que incluiu 31 artigos. Destes, 20 tiveram abordagem quantitativa (11 deles por pesquisas transversais, 5 estudos de Coorte, e 4 Caso Controle) e 11 utilizaram a abordagem qualitativa. Nos estudos quantitativos, os fatores como baixa escolaridade e renda, falta de conhecimento sobre TB, falta de apoio familiar, tempo de duração do tratamento, efeito colateral, <i>TB resistente</i> e falta treinamento profissional, falta de supervisão do medicamento foram fatores que levaram à não adesão ao tratamento. Nos estudos qualitativos, por sua vez, destacaram-se também a preferência dos pacientes em utilizar os curandeiros e a utilização de medicamentos à base de plantas como dificultadores da adesão.
LOPES et al. (2014)	Revisão Integrativa que realizou um recorte da publicação mundial no período de 1990 a 2010 e apontou como fatores associados à não adesão ao tratamento o abandono de tratamento prévios da TB, uso de álcool e outras drogas, baixa escolaridade e o analfabetismo, a melhora dos sintomas clínicos com a impressão de cura e os efeitos adversos dos medicamentos. A falta de inserção no mercado de trabalho, a não realização do TDO, a falta de alimentos, a incapacidade de meios financeiros, a mudança de endereço e a incapacidade mental ou psíquica, também prejudicam a adesão.
SAN e OLIVEIRA (2013)	Revisão Sistemática verificou, em artigos publicados de 1991 a 2011, associação estatística direta entre TB e alcoolismo, coinfeção com HIV, baixa escolaridade, estado civil, baixo rendimento monetário, carência alimentar, imigração e contato prévio com pacientes de TB. Também associaram-se diretamente à doença, aspectos como número médio de pessoas por cômodo, densidade de pobres, escolaridade, declínio da renda familiar e domicílios com ajuda monetária governamental.

BARRETO et al. (2018)	Estudo de revisão bibliográfica que descreveu as condições socioeconômicas e epidemiológicas dos pacientes com tuberculose no Brasil, entre os anos de 2012 a 2016. Destaca que as condições socioeconômicas dos indivíduos doentes e a falta de apoio social contribuem para a não adesão ao tratamento.
LARROQUE e SANTOS (2015)	Revisão Sistemática que identificou a associação entre indicadores epidemiológicos da tuberculose com as condições de vida da população. Mostra que aspectos socioeconômicos, como índice de desenvolvimento humano, renda, emprego/ocupação, condições de moradia, quantidade de pessoas por residência e acesso a serviços de saúde foram os mais frequentemente relacionados com os casos de TB.
ALEXANDRE et al. (2016)	Revisão Integrativa identificou os fatores que levam o paciente a abandonar o tratamento da TB: álcool e outras drogas (50%), capacitação profissional (50%), coinfeção pelo vírus HIV (40%), rotatividade de profissionais nas unidades de saúde, melhora dos sintomas e distância da residência até o serviço de saúde (20%), má alimentação, condição social, escolaridade e falta de informação (10%).
SILVA et al. (2018)	Revisão Bibliográfica descreveu o perfil socioeconômico e epidemiológico de pacientes com TB no Brasil entre 2012 a 2016. Baixa escolaridade, pouco conhecimento sobre a doença e condição socioeconômica desfavorável são fatores relevantes para o abandono ao tratamento da TB

Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Pesquisas qualitativas, realizadas em dois municípios prioritários para a TB no Brasil, apontam que ações de saúde baseadas em técnicas pontuais de protocolos, falta de um cuidado desenvolvido de forma multidisciplinar, ineficiente manejo de efeitos adversos (ALVES et al., 2012), sentimentos de negação, isolamento e culpabilização (ANDRADE, 2014), bem como a não valorização de contexto socioeconômico de exclusão social e a não consideração da singularidade do indivíduo doente, por parte dos profissionais de saúde (ROCHA; ADORNO, 2012) surgem como pontos que contribuem para a não adesão ao tratamento.

Estudo de caso-controle, que envolveu seis unidades de saúde de Porto Alegre (município prioritário para TB), determinou como fatores preditores de abandono do tratamento da TB pulmonar: o etilismo (com ou sem a concomitância de uso de drogas ilícitas), a infecção por HIV, o fato de o paciente não residir com familiares e o baixo nível de escolaridade. Idade mais jovem e etnia não branca também se revelaram como características significativas de indivíduos que abandonaram o tratamento (CAMPANI; MOREIRA; TIETBOHEL, 2011).

A importância do fortalecimento da Adesão Terapêutica ganha destaque nas pesquisas que abordam o aumento dos casos de TB resistente, pois o abandono de tratamento é a causa da maior parte dos casos de resistência adquirida. Esta se dá após a exposição aos tuberculostáticos, repetidas vezes, sem que o tratamento seja finalizado (KHAN et al.; 2017; BRASIL, 2019). Nesse sentido, estudo retrospectivo que avaliou o perfil de *TB resistente* diagnosticado no Brasil, entre os anos de 2008 e 2012, aponta que as ações de adesão ao tratamento devem ser condizentes com o contexto e particularidades socioeconômicas dos grupos populacionais com maior chance de abandono ao tratamento (ALMEIDA, 2013). Estudo de coorte retrospectivo, no município do Rio de Janeiro, sinaliza que menos de oito anos de escolaridade e casos de reingresso, após abandono, são fatores de risco para o desenvolvimento da *TB resistente* (VIANA; REDNER; RAMOS, 2018).

Em âmbito internacional, algumas pesquisas se debruçam em identificar fatores de risco para o desenvolvimento da *TB resistente* como forma de fortalecimento de estratégias de adesão por parte dos serviços de saúde (LAW et al., 2017; RAGONNET et al., 2017; LALOR et al., 2013; CULQUI, 2005). Uma revisão sistemática avaliou 36 estudos de 21 países e encontrou associação de desfechos desfavoráveis com gênero masculino, abuso de álcool, baciloscopia positiva e padrão de resistência mais severo (JOHNSTON et al., 2009). Quanto a aspectos subjetivos, um estudo realizado no Peru, país com alta carga de *TB resistente*, identificou sentimentos, como sofrimento devido à doença, como preditores de má adesão ao tratamento (CHIRINOS et al., 2015). Em relação às ações dos profissionais de Enfermagem, que atuam no fortalecimento da adesão ao tratamento, pesquisas destacam a construção de um plano de cuidados que considere a singularidade de cada sujeito, a utilização de diretrizes e protocolos que visem à organização do cuidado em TB, bem como o uso de tecnologias como a internet para chamadas por videofone ou telefone e aplicativos ou pela realização de vistas de monitoramento (SOUZA, 2010; WADE, 2012; BRAITSTEIN et al.; 2012; PRASETYO, 2015; GUIX COMELLAS et al.; 2015; SUWANNAKEEREE, 2015; MAKHADO, 2018; CREPALDI et al, 2018; ILIEVSKA-POPOSKA; ZAKOSKA; MITRESKI, 2018). A importância de incentivos de proteção social, relacionados a aspectos socioeconômicos como auxílio na moradia, alimentação e vale transporte, favorecem a adesão ao tratamento, pois influenciam de forma positiva no contexto de pobreza que envolve a ocorrência dos casos da doença (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; BOUDIONE et al.; 2011; SHIMAMURA et al.; 2012; QUEIROZ et al.; 2012; GUERRISH; NAISBY, 2013;

SOUSA, 2016; SERAPELWANE et al.; 2016; AKEJU et al, 2017; BERALDO, 2017; ILIEVSKA-POPOSKA; ZAKOSKA; MITRESKI, 2018).

3.2 O discurso da Promoção da Saúde no contexto da Tuberculose: aderir de forma colaborativa

A abordagem que faço da Promoção da Saúde nesta pesquisa, não pretende explorar aspectos relacionados à subjetividade do indivíduo na concepção de diferentes significados do binômio saúde/doença¹⁸ (CZERESNIA, 2014). Entendo que essa seja outra discussão, que pouco converge ao objetivo desta dissertação. O que creio ser produtivo, aqui, é explorar o quanto a chamada “Nova Saúde Pública” criou condições para a formação de um discurso que passou a delimitar, através do movimento da Promoção da Saúde, a forma como devem ser conduzidas as questões saúde/doença atualmente. Esse movimento, que se expandiu a partir de 1974, quando o termo Promoção da Saúde surgiu pela primeira vez no documento *The New Perspectives on the Health of Canadians*¹⁹ (MACDONAL; ROBIN, 1995), passou a incentivar mudanças relacionadas à ampliação do conceito de saúde para além do biomédico, também no contexto brasileiro (BRASIL, 2002b). Essas mudanças podem ser identificadas hoje, a partir da redefinição da *Política Nacional de Promoção da Saúde* (PNPS), em 2014, pela qual o MS considera que a Promoção da Saúde se configura como:

(...) conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social com ampla participação e controle social. (BRASIL, 2014, p. 1)

Apesar do caráter interdisciplinar e da importância delegada à intersetorialidade, bem como da articulação de um cuidado em rede, a redefinição dessa Política permitiu a proliferação de discursos que passaram a delimitar uma

¹⁸ Por diferentes concepções acerca do significado do binômio saúde-doença me refiro às transformações sofridas, ao longo do tempo, pelas diferentes concepções do modelo saúde-doença, que convergem na dificuldade de se atingir um ponto de equilíbrio entre o dualismo das ideias naturalistas e funcionalistas, que consideravam saúde como mera ausência de doença; *versus* subjetivistas e sociais, que, a partir da crítica da centralização do saber médico, abrem precedentes para admitir a influência de experiências culturais neste processo (CZERESNIA, 2014).

¹⁹ Em tradução livre: “As Novas Perspectivas para a Saúde dos Canadenses”.

vertente da Promoção da Saúde, a partir da qual novas estratégias de autorresponsabilização seriam capazes, mesmo que isoladamente, de trazer melhorias nas condições de saúde (CASTIEL; DIAZ, 2007; OLIVEIRA, 2005). Esses discursos passaram a reconfigurar a potencialidade de intervenções do setor saúde nos DSS, aliadas a comportamentos individuais na redução das doenças (BUSS; PELEGRINI-FILHO, 2007), em torno de uma suposta capacidade dos indivíduos e comunidades em reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde por mudanças de comportamentos.

Nessa reconfiguração, se destacam alguns pressupostos dessa Política como a autonomia e o empoderamento. A primeira “se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias” (BRASIL, 2014, p.3); e, o segundo “se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais” (BRASIL, 2014, p.3). Ambos são determinantes para o entendimento que se tem sobre o ideal de saúde que se pretende atingir hoje, pois, a partir deles, se pressupõem que, se capacitada e empoderada, a população conseguiria melhorar a sua qualidade de vida e ter maior controle sobre aspectos da sua saúde.

Alerto que não tenho a intenção de questionar a polissemia teórica e política relativa à Promoção da Saúde (CZERESNIA, 2014), mas sim destacar que, embora esses dois pressupostos classifiquem os componentes da Promoção da Saúde em coletivos (empoderamento da comunidade) e individuais (autonomia e responsabilidade do sujeito pela sua saúde), eles são frequentemente utilizados no contexto da TB, sem que outros fatores sejam levados em consideração. O que serve como base para críticas relativas ao “real” objetivo dessa vertente da Promoção da Saúde. Quanto a isso, Castiel e Diaz (2007) destacam a perspectiva positivista de tal objetivo, pois este se alia à crença de que a ciência seria determinante dos valores pelos quais as instituições de saúde deveriam se organizar na formação de um indivíduo desejoso em se manter saudável. Um dos pontos abordados é o quanto esses pressupostos tenderiam a:

- 1) superestimar a capacidade do setor saúde nas intervenções em processos que envolvem a totalidade da vida (como reduzir o impacto de condições socioeconômicas desfavoráveis). Pois, falar em Promoção da Saúde no Brasil

hoje é enfrentar o desafio de que conciliar comportamentos individuais com mudanças no contexto ambiental seja capaz de ocasionar transformações sociais positivas na manutenção da saúde (OLIVEIRA, 2005);

- 2) idealizar um estado de saúde perfeito somente alcançado pela incessante busca por estilos de vida saudáveis. O que por vezes se confunde com força de vontade individual na busca de mudanças de comportamentos, utilizados de forma ineficiente na maneira de lidar com questões como a cessação do tabagismo, a obesidade ou a dependência de álcool e drogas (CASTIEL; DIAZ, 2007);
- 3) enfatizar a autonomia na gestão dos riscos e na responsabilidade individual a serviço de ideias neoliberais, como a redução da participação do Estado na atenção à saúde. Porque, nessa lógica, a autonomia só se torna possível dentro de um contexto em que o indivíduo é, de certa forma, regulado pelos discursos dominantes dos especialistas em saúde, sendo obrigado a seguir as normas e orientações vigentes da Promoção da Saúde (CARVALHO, 2014). A racionalidade neoliberal se sustenta justamente na liberdade do sujeito, isto é, o setor público não deveria intervir na vida particular do indivíduo, pois este, por ser livre, pode escolher quem pode/deve regular suas escolhas por um estilo de vida condizente com os preceitos morais da sociedade em que vive (OLIVEIRA, 2005). O que nos leva a pensar que a autonomia está relacionada com a construção de uma identidade autorresponsável, ou seja, um sujeito que, de forma autônoma, é capaz de zelar pela sua saúde, fazendo uso da liberdade que tem para consumir o que entende ser necessário a um modo de vida saudável (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016).

Sendo assim, esses pressupostos criaram as condições para que as recomendações sobre Adesão Terapêutica ao tratamento da TB dos *Manuais* pudessem transitar por discursos, a partir de um processo colaborativo e negociável (BRASIL, 2019), mesmo que se afirme que, nesse contexto, haja a necessidade do enfrentamento dos DSS relacionados à TB. Tal fato corrobora que algumas abordagens nos fornecem elementos para pensarmos que os ideais promotores da saúde, por vezes, se mostram contraditórios, de acordo com o contexto analisado, justamente, por se configurarem como estratégias biopolíticas que buscam regular aspectos da vida de uma população (FOUCAULT, 2008). Isto porque, caso fosse dado o devido destaque a certas

particularidades, como a necessidade do enfrentamento dos DSS no controle da TB, seria possível relativizar a importância dada à participação individual do sujeito no seu estado de saúde (FURTADO, 2010).

Nessa perspectiva, me aproximo das ideias de Albuquerque-Júnior (2011)²⁰ para pensarmos o quanto a produção, invenção e construção de uma forma de definir e conceituar a Adesão Terapêutica foi colocada em operação a partir da publicação do documento *Adherence to long-term therapies evidence for action*, pela OMS no ano de 2001 (abordado no subcapítulo anterior). Por este documento, através de um discurso de melhorarias no estado de saúde das pessoas, se objetivava o aumento da eficiência econômica dos sistemas de saúde nos tratamentos de determinadas doenças consideradas crônicas e o provimento das bases para uma política de orientação para uso individual (WHO, 2003). Quanto a esses aspectos, podemos identificar, no contexto do enfrentamento da TB, no atual *Manual de Recomendações para o Controle da TB no Brasil*, uma nova forma de “dizer e entender” a Adesão como “um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de um determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo” (BRASIL, 2019, p.181). Penso que essa compreensão de Adesão cria as condições para a proliferação de discursos que enfatizam as ações de Adesão ao Tratamento com base na autonomia, na autorresponsabilização e no empoderamento dos sujeitos.

Além disso, destaco que, apesar da PNSP preconizar que as ações de Promoção da Saúde, bem como de Adesão no contexto da TB (BRASIL, 2019) devam ser realizadas para além do setor saúde, suas implementações não incidem efetivamente nos DSS que se relacionam à concentração dos casos da doença e às situações de vulnerabilidades (BRASIL, 2019; BUSS, 2007; CASTIEL; DIAZ, 2007). Quanto a isso, pesquisa que analisou o conteúdo de campanhas sobre TB produzidas no Brasil pelo MS (veiculadas nos anos de 2007, 2008, 2010 e 2011) mostrou que os conteúdos publicitários apelam para a conscientização individual, mudanças de comportamentos e para o autocuidado por meio da abordagem do estritamente biológico como presença

²⁰ Na obra *A invenção do Nordeste*, o autor explora o quanto a construção de uma forma de “dizer/falar sobre/contar” a região Nordeste brasileira extrapolou a perspectiva econômica e política. Ele torna visível que a forma pela qual se passou a construir uma ideia discursiva e imagética regional do surgimento no Nordeste foi resultante de um percurso histórico de diferentes épocas, nos quais diferentes discursos configuraram diversos atributos morais e culturais a essa região do Brasil, a partir do Século XX (ALBUQUERQUE-JÚNIOR, 2011).

de sintomas. O que se mostra pouco representativo do universo do contexto no qual vivem as pessoas que são mais acometidas pela doença (ROSSETO et al.; 2017).

Além disso, estudos, ao corroborarem que a Atenção Básica tem maior potencialidade para o controle da TB, o fazem justamente por ser este o nível de atenção, em que as ações de Promoção da Saúde, prevenção de doenças (ALVES et al., 2012; BORGES et al., 2017; LARROQUE; SANTOS, 2015) e de Educação Permanente (COUTO et al., 2014) tenham mais sucesso na “conscientização” da população sobre a “melhor” forma de agir frente à doença. Quando, talvez se pudesse mostrar outras possibilidades, como destacar outras potencialidades operantes nesse nível de atenção à saúde, além da conscientização. Quanto a isso, um estudo mostrou que há concordância entre as ações que os profissionais oferecem e o reconhecimento do doente, isto é, a pessoa doente entende (“está consciente”) das orientações sobre a prevenção da TB. O que realmente está em jogo é que a adoção de hábitos mais saudáveis de vida somente é possível aos indivíduos que, por se “preocuparem mais” em melhorar o seu estado de saúde, “optam” por não usarem álcool, nem tabaco e outras drogas, que se mostram prejudiciais ao tratamento (BERALDO et al., 2017). Não desconsidero a importância da Atenção Básica nas ações de controle da TB, mas sim questiono que se o enfoque fosse na maior possibilidade de vínculo, início do tratamento precoce e possibilidade de atuação no território adscrito (SANTOS et al.; 2015), ao invés de supervalorizar a capacidade de conscientização do sujeito doente na sua autorresponsabilização pela sua saúde (COSTA, 2013), poderíamos, talvez, nos afastarmos da vertente neoliberal da Promoção da Saúde (caso isso fosse possível).

Portanto, hoje, apesar do conhecimento de que a Adesão ao Tratamento da TB depende de crenças, valores e expectativas em relação à vida como um todo, isto é, do quanto o sujeito está disposto ou tem condições mínimas de se mobilizar frente à vontade ou às dificuldades em aderir a um tratamento de saúde (ANDRADE, 2014; WHO, 2003), ações curtas e pontuais, com objetivos de informar aspectos da doença, ainda são identificadas como suficientes para prevenção e Promoção da Saúde (RODRIGUEZ; GOMEZ; VALQUEZ, 2012; SILVA; LAFAIETE; DONATO, 2011). O que vem a corroborar com a hipótese do quanto documentos (manuais, políticas, protocolos, etc) elaborados e publicados por órgãos das esferas governamentais podem se configurar como dispositivos biopolíticos para objetivos fins. Quanto a isso, Lopes (2019) sinaliza que, originados principalmente no processo de democratização

brasileira nos anos de 1980 e 1990, esses documentos, são “como monumentos, intencionais, com efeitos na objetivação de sujeitos” (p. 283). Devido à importância desses aspectos, abordo mais detalhadamente no Capítulo seguinte, as noções de discurso, de governamentalidade e de biopolítica, a partir do referencial teórico-metodológico de Michel Foucault.

4 O OLHAR COM LENTES FOUCAULTIANAS

Neste Capítulo, apresento o referencial teórico-metodológico de Michel Foucault, a partir do qual problematizei a temática da Adesão Terapêutica ao tratamento da TB. Inicialmente, contextualizo as recomendações dos *Manuais*, analisadas nesta pesquisa enquanto práticas discursivas na perspectiva deste autor. Em um segundo momento, articulo tais recomendações com os três eixos analíticos que sustentam essa dissertação: os saberes sobre Adesão, os poderes e os dispositivos disciplinares e a governamentalidade biopolítica.

4.1 Pensar a Adesão Terapêutica como prática discursiva

O caráter não sistemático da forma como Michel Foucault conduziu suas pesquisas vai de encontro a aspectos ainda hoje valorizados na formação do pensamento moderno, que privilegia a busca de uma verdade sobre a compreensão do mundo na sua totalidade (VEIGA-NETO, 2009). O pensamento moderno, a que me refiro, não se relaciona a um período histórico emergente a partir das transformações econômicas e sociais no Ocidente, no Século XV e, sim, ao “momento” em que se passou a priorizar uma forma segura e sistematizada de viver. O desejo pela segurança, tão valorizado atualmente, encontra espaço no predomínio da visão dualista e simplificada construída pela filosofia ocidental (TAYLOR, 2018). Já a não sistematização gera incertezas que, ao impossibilitarem a legitimação do já conhecido (BAUMAN, 2005), geram instabilidades que, no referencial aqui utilizado, se configuram como possibilidades para se pensar de forma diferente, através do exercício da crítica sobre o pensamento (FOUCAULT, 2017b).

Foucault, em suas diversas produções, abordou aspectos que se articularam em torno de um triplo deslocamento teórico. Em um primeiro momento, se desloca da abordagem do saber e conhecimento para o da veridicção, através das suas obras arqueológicas, nas quais ele investiga a forma como os saberes se constituíram. Segundo, dos temas do poder e da dominação para aqueles da governamentalidade, através das suas obras genealógicas, nas quais explica as relações de poder e seus efeitos na legitimação de verdades. E, por último, do tema do sujeito para aqueles das práticas de si. Temas abordados em suas últimas obras, nas quais o autor, ao tratar da

ética e do cuidado de si, realiza um exercício reflexivo sobre si mesmo como atividade do pensamento, abordando o governo dos outros e de si (TAYLOR, 2018).

Partindo da ideia de que a racionalidade de uma época produz, ao mesmo tempo em que é produzida, por discursos datados por um período histórico, que passam a determinar os modos pelos quais os sujeitos se constituem (FOUCAULT, 2003) e, por excluir de minhas pretensões encontrar as “últimas verdades”, privilegiadas pelas ciências modernas (VEIGA-NETO, 2009), me proponho a pensar a Adesão Terapêutica ao tratamento da TB por lentes foucaultianas. Com essas lentes, as recomendações sobre Adesão se configuram em práticas discursivas de nossa época, que tomam materialidade através do exercício do cuidado no fazer cotidiano do profissional de saúde. Tais recomendações, emergentes no campo discursivo da saúde, acabam por delimitar inúmeras “prescrições” de como se comportar, que são tomadas como verdades por profissionais e usuários através do seu reconhecimento como saber científico (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016).

Na obra *O Nascimento da Clínica*, Foucault discorre sobre como o saber médico se formou a partir do momento em que, no nível da linguagem, se passou a operar um discurso racional baseado na observação da presença da doença no corpo. Olhar e observar passam a ser o ponto de partida da distribuição do visível e do não visível sobre a doença, isto é, por uma racionalidade discursiva que se forma por meio do que é percebido, especializado e verbalizado como patológico pelo médico. Tais práticas e saberes se constituíram nas bases da Medicina Moderna no Século XVIII (FOUCAULT, 2018a).

Ao explorar a própria forma da linguagem como constitutiva do nosso pensamento e não um instrumento que dá nome às coisas, Foucault nos possibilita pensarmos o conhecimento não mais como natural e, sim, como produto de discursos contingentes e subjetivos (VEIGA-NETO, 2017). É possível perceber, no trecho abaixo em uma entrevista dada por Roberto Machado, o estranhamento e, ao mesmo tempo, o fascínio que a leitura de *As palavras e as coisas* (1966) suscitava na época, quanto a essa forma “diferente” pela qual Foucault pensava a linguagem:

Mas alguma coisa me levou a pensar que havia ali algo importante, no qual eu jamais havia pensado: a invenção recente - isto é, no início do Século XIX - dos saberes empíricos e filosóficos sobre o homem e, além disso, seu desaparecimento, se as configurações modernas dos saberes mudassem. Levei a sério o que era dito, e fiz um esforço desesperado não só para entendê-lo, mas também para compreender por que

aquelas ideias eram tão diferentes das minhas. (MACHADO, 2017, p.22)

Por isso, quando nesta pesquisa me proponho a investigar as recomendações sobre Adesão Terapêutica dos *Manuais de Controle da TB*, não são as possibilidades formais da língua que me interessam e, sim, a análise das práticas discursivas, a descrição dos acontecimentos, das transformações dos enunciados e dos discursos (FOUCAULT, 1987). Tal fato, portanto, pressupõe pensarmos os acontecimentos de forma diferente do neopositivismo, da fenomenologia e das filosofias da representação²¹. Com as lentes (ou as armas analíticas) foucaultianas, o discurso se configura como um conjunto de enunciados que provém de um mesmo sistema de formação, como por exemplo, o discurso clínico, o econômico, o da história natural, o psiquiátrico, dentre outros (CASTRO, 2016). Quanto à prática discursiva, o autor refere:

(...) gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. (...) não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irreduzíveis à língua e ao ato da fala. É esse mais que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever. (FOUCAULT, 1987, p.56)

A partir dessas ideias, surgem elementos para pensarmos o saber, enquanto produto das condições de possibilidade de determinada época. Os estudos realizados pelo autor sobre a disciplina psiquiátrica no Século XIX, por exemplo, demonstraram que o que tornou possível a construção da noção de louco e loucura foi o jogo das relações que se faziam acerca desses aspectos. Essas relações procuravam, justamente, homogeneizar o entendimento da loucura a partir de uma série de mecanismos como a hospitalização, a internação, os procedimentos de exclusão social, a moral burguesa e as normas de trabalho da época (FOUCAULT, 2009). Nesse contexto, o discurso do

²¹ De forma bastante simplificada, os neopositivistas consideram que os únicos enunciados que podem ser considerados científicos são os que podem ser submetidos à verificação lógica. A fenomenologia busca revelar os significados subjetivos, partindo de uma ideia de que haveria um sujeito da observação e um do conhecimento. A filosofia da representação detém-se à busca do que foi dito pela primeira vez em um dado momento e tempo. A busca da origem entre o falado e o que ele representa a partir de nossas representações (MINAYO, 2014).

saber clínico passou a conduzir uma forma adequada de se viver e agir que fosse condizente com a ciência da época. Por saber, o autor entende um conjunto de elementos, formados de maneira regular, por uma prática discursiva e indispensável à constituição de uma ciência:

Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um status científico (o saber da psiquiatria, no Século XIX, não é a soma do que se acreditava fosse verdadeiro; é o conjunto das condutas, das singularidades, dos desvios de que se pode falar nos discursos psiquiátricos); um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso (neste sentido, o saber da medicina clínica é o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão, que podem ser exercidas pelo sujeito do discurso médico). (FOUCAULT, 1987, p. 206)

Destaco que a análise que proponho fazer nesta pesquisa está inspirada no que Foucault produziu, a partir da década de 1970, mais precisamente na Conferência intitulada *A ordem do Discurso*. Nela, o autor nos apresenta a face relacional do poder, a partir do entendimento de que os discursos são como práticas que exercem funções de controlar, limitar e validar as regras de saber e poder de determinados grupos sociais. E que, por isso, possuem suas próprias leis, estratégias e mecanismos para se propagarem (FOUCAULT, 2014). Não me detive aqui a explicar detalhadamente os procedimentos internos e externos aos discursos²², apontados pelo autor na referida Conferência, porque esta pesquisa não tem a intenção de realizar uma análise de discurso que se preocupe em identificar e delimitar cada um desses procedimentos. O que propus é pensarmos que o fato das recomendações de um *Manual* atenderem às condições para entrarem na ordem discursiva, a partir da valoração do que está sendo dito como algo racional, ligado a uma verdade legitimada, se relaciona a um certo direito, privilégio, poder do sujeito que fala e não a uma suposta ordem natural das coisas. A partir disso, entendo, tal como Foucault (1987), que “não é a atividade do sujeito de conhecimento que produz um saber (...), mas o poder-saber, os processos e

²² Procedimentos externos de exclusão: 1) Interdição: atuam controlando o que pode ser dito, em que circunstância e a quem é permitido falar; 2) Separação e Rejeição: atuam separando o que é tomado como representação de uma não razão da razão; 3) Vontade de verdade: define o domínio das técnicas pelas quais se tomam um discurso como verdadeiro. Procedimentos internos: 1) Comentário: se refere a “dizer enfim o que estava articulado silenciosamente no texto primeiro” (FOUCAULT, 2014, p.24); 2) O autor: se relaciona aos discursos que exigem a função de autoria como os que se referem à literatura, filosofia ou ciência; 3) Disciplinas: se refere aos instrumentos conceituais ou técnicas de um horizonte teórico para encontrar-se no verdadeiro; 4) Rarefação: se refere a quem são os sujeitos que atendem às condições para entrar na ordem discursiva (FOUCAULT, 2014).

as lutas que o atravessam e que o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento” (p. 30).

Além disso, ao trabalharmos com a noção foucaultiana de discurso temos que nos ater ao caráter aleatório dos acontecimentos como fatos do discurso. O que implica compreender que estes não obedecem, portanto, uma linha evolutiva discursiva que seja o tempo todo regular e contínua. O que temos são diferentes condições de possibilidades de um ou outro discurso aparecer, “estar na ordem das leis” e tornar-se verdadeiro (FOUCAULT, 2014). O que implica que quando legitimamos um discurso de determinado sujeito ou grupo social como verdadeiro, em nosso tempo presente, estamos silenciando outras possibilidades de verdades de outros grupos (BRANDÃO, 2015). Esses aspectos podem ser melhor compreendidos ao introduzirmos as questões sobre a face relacional do poder apresentadas em *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 1991). A partir dela, podemos pensar no poder como algo que se dá por relações de lutas, como ação estratégica de uns sobre os outros, no qual a articulação com determinado saber se dá pelo próprio discurso (NESPOLI, 2014). E, enquanto ações, o poder pode se apresentar de diferentes formas. A forma soberana é apresentada por Foucault nos estudos sobre o poder do rei no Século XVI. Este era exercido sobre o corpo do indivíduo como função de justiça por meio dos suplícios²³. Dessa forma, os suplícios consistiam em um mecanismo jurídico-político de corporificação do poder do rei, pelo qual o exercício do poder sobre a vida era exercido no momento em que o rei colocava em prática o direito de matar quem o ameaçasse. Isto é, “fazendo morrer” a quem violasse a lei (visto que o rei era a própria lei e uma infração à lei se configurava como uma ameaça ao soberano) é que ele “deixava viver” (FOUCAULT, 1991). Nesse contexto, o poder tinha um sentido de apreensão ou confisco dos corpos por meio do apoderamento das suas vidas (FOUCAULT, 2017a).

Ocorre que, a partir do Século XVIII, o crescimento da produção e o aumento das riquezas tornaram necessária a criação de mecanismos que garantissem a segurança daqueles que detinham a propriedade. Dessa forma, começaram a ser utilizados outros mecanismos para substituírem o emprego da força física dos

²³ Suplícios eram cerimoniais punitivos aplicados de forma dolorosa ao corpo dos que cometiam crimes interpretados como contra a figura do rei. A morte era o principal suplício e não era simplesmente a privação do direito de viver, mas a parte final de um processo calculado de sofrimento como decapitação e esquartejamento públicos. O esquartejamento do corpo, realizado em local público, tinha também a intenção de servir como exemplo aos que assistiam, no sentido de inibir futuras tentativas de ir contra o soberano (FOUCAULT, 1991).

suplícios. O que importava agora era o remanejamento do poder de punir, de forma a criar mecanismos mais eficazes, econômicos e constantes (FOUCAULT, 1991). Essas mudanças, a partir das transformações sociais e econômicas das tecnologias sobre o corpo, nos dá a dimensão do quanto ele está mergulhado em um campo político de relações de poder, que “o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitando-nos ao trabalho, obrigando-o a cerimônias, exigindo-lhe sinais” (FOUCAULT, 1991, p. 28). A disciplina, como forma de controle e sujeição dos corpos no tempo, nos espaços e nos seus movimentos, pode ser definida como:

Uma anátomo política, que é também igualmente uma mecânica do poder, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica corpos submissos e exercitados, corpos dóceis. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminuem essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). (FOUCAULT, 1991, p. 127)

A partir dessa analítica do poder, podemos entender que as práticas discursivas, assim como algumas instituições - como as escolas e os hospitais – passam a se configurar como um *dispositivo* com função estratégica de aplicação da disciplina (CASTRO, 2016). Para Foucault (2018c), dispositivo é entendido como:

(...) a rede de relações que podem ser estabelecidas entre elementos heterogêneos: discursos, instituições, arquitetura, regimentos, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, o dito e o não dito. (p. 364)

Nesse contexto, a organização dos hospitais, no Século XVIII, através da substituição da assistência “não técnica” dos religiosos pelos indivíduos detentores do saber e do domínio das “técnicas” de identificar, diagnosticar e tratar as doenças, os transformaram em um grande aparelho de examinar/avaliar/descrever/disciplinar. Nesse aparelho, os diversos procedimentos realizados tornam a individualidade visível no campo documental, no qual se registra o olhar sobre o corpo e se faz de cada indivíduo um caso a ser analisado. Processo pelo qual o “(...) poder produz; (...) produz realidade; produz campos de objeto e rituais da verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção” (FOUCAULT, 1991, p.172). Nessa lógica, o sistema prisional, enquanto dispositivo disciplinar, exigia essa necessidade de vigilância constante. Para tal, foi planejado um modelo generalizável de arquitetura

prisional, denominado de Panóptico por Jeremy Bentham²⁴, cujas características permitiam o funcionamento do poder enquanto um mecanismo disciplinar. O Panóptico deve ser compreendido para além de sua condição de edifício e, sim, como um diagrama, um mecanismo de poder levado à sua forma ideal, no qual basta achar que se está sendo vigiado para se tornar obediente (FOUCAULT, 1991).

Hoje, no campo da saúde, podemos identificar diversos mecanismos de intervenção sobre o corpo que buscam disciplinar e regulamentar a partir da normalização do saudável. Diversos discursos, saberes e relações de poder passam a constituir aspectos da Promoção da Saúde, a partir da formação de um sujeito que, por valorizar e zelar pela saúde, passa a se comportar da forma adequada (normalizada). Nesse aspecto, emergem diversos mecanismos disciplinares sobre o corpo, pois, no planejamento, organização e implementação de cada norma, temos também uma penalidade, baseada no tempo (como a rotina em um hospital, um fluxo a seguir em um atendimento de saúde, atrasos, ausências, interrupções dos tratamentos); na atividade (como protocolos a seguir, desatenção, negligência, falta de zelo); e, na maneira de ser (como a forma correta de se comportar frente a uma doença, a desobediência, atitudes incorretas, gestos não conformes). Sendo assim, é também a partir da disciplina que aparece o poder da norma, fazendo com que, a tudo que se afasta de certa regularidade como regra, seja atribuída uma forma de apontar, excluir e penalizar. Portanto, o normal, que surgiu como um princípio de diferenciação, nas escolas, nos hospitais e em todo lugar que seja possível hierarquizar classificar, distribuir, medir e avaliar (FOUCAULT, 1991), também opera nas ações de Promoção da Saúde hoje. A diferença é que, hoje, esses mecanismos não operam pela sujeição do corpo que deve obedecer a certas disciplinas impostas, mas sim pelo desejo do sujeito em se submeter a comportamentos adequados que lhes assegurem a manutenção da saúde como bem maior.

O sujeito, enquanto produto de relações de saber e poder, não está pronto de forma a-histórica (CANDIOTTO, 2016), pois é constituído por práticas discursivas que,

²⁴ É uma construção arquitetada de forma que, no centro, tivesse uma torre, na qual fosse possível a visualização de toda a sua periferia circular, disposta em anel. As celas ficavam nessa parte periférica e tinham janelas que davam para a face interior, de forma a corresponder às janelas da torre central. As janelas da torre central se abriam para a parte de dentro do anel, de forma que um vigia colocado nesta torre conseguiria ter visibilidade de todas as celas. Além disso, a possibilidade de todos verem e serem vistos produzia uma enorme economia e a não necessidade de contratar muitos guardas para fazerem o papel de vigias/fiscalizadores. Afinal, uns vigiam os outros continuamente (FOUCAULT, 1991).

no campo da saúde, normalizam e enquadram o corpo, dentro do que é legitimado como verdadeiro. Essa constituição do sujeito se dá mediante processos de objetivação/subjetivação que:

(...) constituem o indivíduo como alguém juridicamente correto, psicologicamente capaz e saudável, religiosamente fiel seguidor de proibições de caráter meramente prático (como não fumar ou não ingerir álcool), parentalmente obediente em tudo, politicamente um cidadão eleitor, socialmente concorde com padrões de aceitação e rejeição, [que] criam uma identidade legitimada e posta em discurso. (CANDIOTTO, 2017, p. 31)

Por isso, o sujeito enquanto “um efeito das linguagens, dos discursos, dos textos, das representações, das enunciações, dos modos de subjetivação, dos modos de endereçamento, das relações de poder-saber” (PARAÍSO, 2012, p. 29) passa a reconhecer a sujeição/subjetivação a uma norma ou disciplina como necessária (FOUCAULT, 1991).

No contexto analisado por Foucault (2018b), as inúmeras necessidades de uma nova forma de controle sobre o corpo foram produzindo outras tecnologias de poder sobre ele. Na Europa do Século XVIII, por exemplo, a partir da formação dos Estados-Nação, passou-se a valorizar a vida como o bem maior. Não mais a vida individual, mas a vida da população, pois passa a ser *Em Defesa da Sociedade*, em nome da vida das pessoas enquanto coletivo (como um todo social), que se travam grandes combates (FOUCAULT, 2018b). E, para a regulação da vida na sua esfera coletiva, vemos se configurar uma outra tecnologia do poder:

Formado um pouco mais tarde, o Biopoder, enfocou o corpo da espécie, o corpo imbuído da mecânica da vida e que serve de base aos processos biológicos: propagação, nascimentos e mortalidade, o nível de saúde, expectativa de vida e longevidade, com todas as condições que o podem fazer variar. Sua supervisão foi efetuada mediante uma série inteira de intervenções e controles regulatórios: uma biopolítica da população. (FOUCAULT, 2017a, p.150)

Nessa perspectiva, a compreensão do desenvolvimento do sistema médico sanitário do Ocidente²⁵ tornou visível uma série de intervenções no corpo social.

²⁵ Na Alemanha, vemos surgir a Medicina de Estado ou a Polícia Médica, devido à necessidade do crescimento da população para o sucesso das políticas mercantilistas. Nela, houve a formação de um aparelho de funcionamento estatal da sociedade e o fortalecimento de uma ciência de Estado. Na França, vemos se desenvolver uma Medicina Urbana relacionada ao processo de urbanização das cidades que produzia um contexto de doenças e insegurança. Por fim, na Inglaterra, vemos formar-se uma Medicina da força de trabalho em torno do desenvolvimento da Revolução Industrial. Essa era uma assistência médica na qual os mais ricos visavam ajudar aos mais pobres para reduzir o risco de se contaminarem

Dentre essas intervenções, a medicalização buscou, apesar das melhorias das condições socioeconômicas da população e dos meios de higiene, integrar o corpo humano, a conduta e o comportamento em uma rede densa em torno do corpo social e não mais individual (FOUCAULT, 2018c). Foram sendo criados mecanismos, conforme o desenvolvimento do sistema econômico vigente e do estabelecimento de um padrão estabelecido como normal, para socializar o corpo individual, configurá-lo como uma população. No momento em que isso ocorre, torna-se visível a regulação sobre a vida, pela qual “o corpo era uma realidade biopolítica e a medicina, uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 2018c, p. 405). Se em torno da vida se organizou a sociedade ocidental, a partir do Século XVII, por ela, em sua defesa, se organizaram duas potentes estratégias de poder: de um lado, as disciplinas, ou uma anátomo-política do corpo humano, que tem como objeto o corpo individual, considerado como uma máquina. Por outro lado, a partir da crescente urbanização e das “revoluções” (Revolução Industrial, Revolução Francesa, entre outras), se organiza o Biopoder, ou seja, uma política em torno da população ou do corpo-espécie, cujo objeto será o corpo social, o corpo coletivo, e seus processos biológicos: número de nascimentos, indicadores de saúde, de mortalidade, duração da vida, etc (CASTRO, 2016). A prática coletiva de exercício do poder, cunhada por Foucault (2018b) de Biopoder, propicia a organização de estratégias governamentais de manutenção e proteção da vida coletiva, chamadas por ele de Biopolíticas. Segundo Castro (2016, p.59):

Há que entender por “biopolítica” a maneira pela qual, a partir do Século XVIII, se buscou racionalizar os problemas colocados para a prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes enquanto população (...). (grifo no original)

Este outro jeito de se exercer o poder – circular, relacional – ou “esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança” (FOUCAULT, 2018c, p.291-292) – entre outras duas acepções referidas por Foucault neste texto – foi por este autor chamada de governamentalidade:

A governamentalidade (...) se tornou o terreno comum de todas as nossas formas modernas de racionalidade política, na medida em que

com as doenças endêmicas das classes desfavorecidas. Surgem então mecanismos de vacinação, organização e obrigatoriedade de registros das epidemias (FOUCAULT, 2018c).

elas constroem as tarefas dos governantes em termos de supervisão e maximização calculadas das forças da sociedade. A governamentalidade é o conjunto formado pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas, que permitem o exercício dessa forma muito específica, embora complexa, de poder e que tem como seu alvo a população. (ROSE, 1998, p.35-36)

E é sobre as estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde, que tratarei mais detalhadamente na seção a seguir. A intenção é mostrar o quanto essas estratégias operaram de acordo com determinados objetivos governamentalizantes no contexto da TB.

4.2 Pensar a Adesão Terapêutica como estratégia biopolítica

No Curso *Segurança, Território, População*, Foucault analisou como, no Século XVI, a sociedade entra no que ele chama de era das condutas, das artes de governar os homens, na qual a biopolítica e a governamentalidade são indissociáveis. Ideia que nos permite compreender que, conforme mudam os objetivos de governo, os mecanismos de governamentalidade também mudam (MCGUSHIN, 2018).

Essa mobilização das diferentes técnicas de governo foi explorada pelo autor a partir das várias relações de poder que se davam articuladas a questões econômicas e políticas da formação dos Estados-Nação na Europa, a partir do Século XVI. Na época, o liberalismo, enquanto política econômica, colocava em funcionamento instrumentos que viabilizaram governar em direção a uma lógica que preservava a liberdade como fortalecedora do mercado de livre circulação de bens e pessoas. Para tal, o Estado não deveria intervir na vida individual, mas sim de acordo com a manutenção dos interesses da população (FOUCAULT, 2008).

Nessa lógica, a partir do momento em que os sujeitos - enquanto grupo populacional - são vistos como alvos de objetivos de governo, entendemos os modos de subjetivação pela noção de sujeito governamentalizado, que surge quando certa subjetividade, como determinada forma de pensar o mundo, converge como uma verdade tomada por ele (MCGUSHIN, 2018). Sendo assim, a noção de subjetivação dispensa pensarmos estritamente na questão do poder enquanto uma relação de forças que domina e aprisiona o corpo pelo assujeitamento. Mas, sim, enquanto um poder que, por se dar na esfera governamental, atua livremente entre ações de uns sobre os outros (CANDIOTTO, 2016). E mesmo que essas ações busquem conduzir a um modo

específico de ser e estar no mundo, o que, muitas vezes, converge para as necessidades do mundo, o sujeito passa a ser aquilo que dele se diz (FOUCAULT, 1991). O que implica que os modos de subjetivação se relacionam, também, às formas pelas quais as práticas vividas constituem e medeiam certas relações da pessoa com os outros e consigo mesma (PARAÍSO, 2012). Tais aspectos vão ao encontro de que a capacidade do campo da saúde em produzir respostas para problemas referentes à esfera política, econômica ou social, somente é possibilitada na medida em que os objetos que delinearão os problemas a serem enfrentados, diagnosticados, tratados e prevenidos sejam construídos por discursos do próprio campo da saúde, de acordo com determinados objetivos preestabelecidos (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016).

Em *A vontade de saber*, Foucault (2017a) agrega aspectos que nos levam à compreensão de como uma tecnologia de poder sobre a vida – o Biopoder - produziu uma Biopolítica, cujo imperativo era *fazer viver*, diferentemente dos poderes exercidos pelos soberanos. Se o rei, através do aprisionamento do corpo individual nos suplícios, deixava viver no momento em que fazia morrer, com a Biopolítica, se produziram mecanismos intervencionistas com vistas à higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber e medicalização da população, que visavam *fazer viver e deixar morrer* (FOUCAULT, 2017a). Essas intervenções se deram a partir da análise dos problemas das cidades, da urbanização (conglomerados habitacionais), da natalidade, da morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio (FOUCAULT, 2018b). Portanto, dizer que o poder tomou posse da vida é dizer que ele conseguiu se expandir de forma a atingir uma ampla superfície, que vai do corpo individual ao corpo social da população (FOUCAULT, 2017b).

Foi nesse cenário, da ocorrência das doenças em meio à urbanização, que a ideia da vigilância como provedora de segurança e recursos para a vida foi se fortalecendo. Não há um governo que reprima ou oprima, mas sim há o desejo de disciplina e segurança da população como justificativa para a existência de estratégias biopolíticas que garantam a segurança, ainda que se perca a liberdade. Manter a população segura dos fenômenos considerados perigosos - como doenças ou acidentes que possam ameaçar a existência - é necessário para a manutenção da vida e do bom funcionamento do liberalismo. Nesse contexto, Foucault (2008) abordou a noção de dispositivos de segurança como “um conjunto de ações que vai inserir um fenômeno

em questão numa série de acontecimentos prováveis, isto é, vai estabelecer uma média e estabelecer os limites do aceitável, além dos quais a coisa não deve ir” (FOUCAULT, 2008, p. 9).

Hoje, podemos analisar como o desejo de (ou a necessidade por) segurança - para enfrentar o medo que ameaça a liberdade da sociedade neoliberal - propicia, no cenário brasileiro, a criação de políticas de saúde com base na vigilância e segurança da população (BLESMANN, 2010). Nessa lógica, o Estado consegue agir de acordo com o jogo de interesses de um conjunto de indivíduos, enquanto população (FOUCAULT, 2008), sem a necessidade de interferir diretamente na vida individual. Isto é, a partir de práticas discursivas que descrevem ou produzem um ambiente (supostamente) perigoso, são criadas as condições de possibilidade para o funcionamento de estratégias de governamentalidade biopolítica, justificadas/desejadas/aceitas pela necessidade de segurança.

Deleuze (1992), ao abordar as mudanças na sociedade ocidental, após a Segunda Guerra Mundial, nos mostra que a sociedade disciplinar, estudada por Foucault (1991), vai sendo substituída pelo que o autor chama de sociedade de controle. Nesta, são criados mecanismos de vigilância capazes de controlar o indivíduo no tempo e no espaço. Na sociedade atual, podemos dizer que coexistem mecanismos de disciplina (FOUCAULT, 1991) e de controle (DELEUZE, 1992) que se proliferam a partir de diferentes operadores enunciativos. Um desses é a mídia, por exemplo, que ocupa (ou ocupou) um papel fundamental e se constituiu (ou segue se constituindo) como um importante dispositivo de produção de verdades. Por ela, são colocados em operação discursos que passam a constituir subjetividades relacionadas a uma cultura do medo, nas quais os sujeitos passam a compreender o aprimoramento das tecnologias de vigilância e controle como mecanismos necessários para garantir a sua segurança (ROCHA, 2008). A necessidade da segurança, portanto, surge como justificativa para a criação de inovações tecnológicas de vigilância cada vez mais ágeis e efetivas, que permitem a atuação de uma série de dispositivos disciplinares e de controle mais potentes e adequados (ROCHA, 2008).

O que creio ser mais produtivo no uso das lentes foucaultianas, no caso da análise da produção discursiva em torno da Adesão Terapêutica, é pensarmos os rumos que a biopolítica toma acerca de questões do cotidiano no campo da saúde. Pesquisa nesse referencial mostrou que, diferentemente do que se pensa, os mecanismos de

exclusão dos doentes de hanseníase não deixaram de existir, mas sim passaram a tomar outra dimensão: afinal, não é mais o corpo que deve ser separado e, sim, a forma de vida que deve ser controlada e segregada (SÁ; SIQUEIRA, 2013). Alguns autores têm explorado essa temática em diferentes perspectivas e identificam a educação (SARAIVA, 2014), a inclusão social (LOPES, 2015), a insegurança gerada pelo medo (MANSANO; NALLI, 2018), bem como o ideal de amizade (MIZOGUCHI et al.; 2018), como poderosas estratégias biopolíticas de governo de diferentes esferas da vida, na lógica neoliberal atual.

Nesta pesquisa, utilizo governamentalidade como uma forma de entendermos que, apesar de um conjunto de recomendações se constituir e se alicerçar em aspectos biopolíticos como sendo “naturalmente” promotores da saúde para todos, tais recomendações buscam inscrever determinado objeto na ordem do que pode ser dito. Assim, a ordem do discurso vigente coloca em funcionamento aspectos regulatórios da vida que passam a controlar e validar as regras de saber e poder de determinados grupos em direção a objetivos fins. Como tais objetivos são justificados a partir de discursos da manutenção da vida e da segurança da população acima de qualquer coisa, passam não somente a serem vistos por todos como necessários, mas se tornam também desejados. Isto é, falarmos em Adesão Terapêutica ao tratamento da TB, uma doença infectocontagiosa relacionada a contextos de vulnerabilidades, implica a (con)formação e o (as)ujeitamento de um indivíduo colaborativo, que aceita as estratégias biopolíticas (im)postas em circulação e que respondam aos objetivos neoliberais da Promoção da Saúde. O objetivo aqui, é que um cuidado em saúde - normalizado pela autorresponsabilização, mudanças de comportamentos, autonomia para livre escolha e empoderamento do sujeito (BRASIL, 2014; FURTADO, 2010) - seja desejado tanto pelo profissional quanto pelo próprio sujeito doente, que não é obrigado a seguir determinado tratamento instituído, nem tão pouco será punido caso não siga/obedeça o que lhe foi indicado. O que mobiliza o sujeito doente é o desejo em se submeter a (ou colaborar com) certas recomendações que “nada mais fazem” do que zelar pela sua saúde e pela segurança da população como um todo.

No Capítulo a seguir, apresento a forma como construí um caminho metodológico que me permitirá compreender como as recomendações sobre Adesão Terapêutica dos *Manuais de Controle da TB* se constituem em estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde no Brasil, objetivo desta dissertação.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta arte, no entanto, não é a arte como instituição e como obra, mas uma atividade propriamente criadora presente não somente no ser humano, mas em todas as coisas. Este jogo estético contínuo não resulta de uma escolha, não é produto da vontade, mas consiste no movimento próprio do mundo. A vida é antes de tudo um fenômeno estético. (MOSÉ, 2018, p.104)

É como “arte” que entendo a construção de um percurso metodológico em pesquisas cujo modo de olhar não oferece métodos *a priori*, isto é, já com etapas preestabelecidas a serem seguidas na busca dos resultados finais. É preciso, portanto, construir, inventar, criar. Construir implica organizar caminhos para uma forma, uma “estética” que nos possibilite relatar o processo de produção e análise realizado, preservando o rigor metodológico (MEYER et al.; 2004). E é sobre o processo pelo qual interoguei e analisei o objeto deste estudo que discorro neste Capítulo. Para apresentar o todo dessa “arte”, inicio pela delimitação do material empírico investigado nesta pesquisa. Apresento, na sequência, os dois movimentos realizados para a construção de uma forma diferente de olhar, de interrogar e de analisar a temática da Adesão Terapêutica ao tratamento da TB, a partir das lentes foucaultianas.

5.1 A materialidade na perspectiva foucaultiana

O material empírico que constituiu o *corpus* desta pesquisa foi composto pelos *Manuais de Recomendações para o Controle da Tuberculose*, que serão posteriormente apresentados. Tais documentos se configuraram como objetos a serem investigados, a partir de um pensamento crítico e dos questionamentos que tive (e sigo tendo) nas diferentes vivências de minha trajetória profissional (que abordei mais detalhadamente no Capítulo 1). Entendo que esses questionamentos deram sentido ao trabalho investigativo e me mobilizaram como pesquisadora em direção à construção de um problema de pesquisa acerca de aspectos do meu cotidiano profissional, vindo ao encontro de que “é nossa radicalidade histórica que produz o tipo de pergunta que abala nossas certezas, que inquieta, que apaixona, que impulsiona e, muitas vezes, amedronta pelo que sugere como possibilidade” (COSTA, 2005, p. 201).

Nesse sentido, realizei uma pesquisa documental de abordagem qualitativa, inspirada nas metodologias pós-críticas em educação e em saúde (MEYER; PARAÍSO,

2012), na perspectiva do referencial teórico-metodológico de Michel Foucault. Essas metodologias se constituem por um modo de interrogar e de construir problemas de forma articulada com a produção de informações e com as estratégias de descrição e análise (MEYER; PARAÍSO, 2012). A proposta de articulação crítica entre os discursos sobre Adesão Terapêutica e os pressupostos da Promoção da Saúde, através do referencial de Michel Foucault (AQUINO, 2013; 2018), contribui para uma abordagem diferente do quanto já realizado a partir de outras epistemologias. Não se trata de desconsiderar o que já foi produzido, a partir de diferentes pressupostos teórico-metodológicos, mas sim de considerar que pesquisar sobre o já conhecido permite suspender significados, interrogar e construir outros caminhos (MEYER, PARAÍSO, 2012). Problematizar implica interrogar os saberes produzidos, pois “existem momentos na vida em que a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (FOUCAULT, 2017b, p.13).

Tratei, portanto, de trabalhar, organizar e ordenar as recomendações dos *Manuais* como práticas discursivas, a fim de distinguir o que é pertinente ou não no estabelecimento de relações para se pensar questões do presente. Para tal, olhei a materialidade desses discursos com lentes foucaultianas, isto é, como discursos que, atuantes em uma rede que se forma e se modifica, produzem práticas sociais determinadas por relações e diferentes saberes (FISCHER, 2012). Olhar por essas lentes produz uma nova configuração de pensamento que torna visível o papel das categorizações e divisões estabelecidas por determinados discursos, enquanto um conjunto de dispositivos linguísticos a partir dos quais passamos a definir a realidade (SILVA, 1994). Portanto, é nessa dimensão que me ancoro, no entendimento de que as recomendações sobre Adesão, nos documentos analisados, são discursos possíveis e emergentes de nosso atual contexto histórico e político. O que implica considerar que:

(...) os discursos sobre a saúde nunca se referem tão-somente a dimensões da saúde. Se tais discursos significam modos de pensar, escrever, falar sobre a saúde e suas práticas, é preciso situá-los em determinados momentos históricos e saber as razões por que se legitimam ao acompanharem a ordem econômica, política e social onde são gerados, sustentados e replicados. (...). (CASTIEL; DIAZ, 2007, p. 25)

A seleção dos *Manuais* foi realizada com base nas publicações apresentadas no *Quadro 1 - Marcos referenciais e legais do enfrentamento da TB no período de 1993*

a 2019, apresentado na p.27 dessa dissertação. Como critério de inclusão, delimitou-se a inclusão de publicações a partir de 1993, ano em que a TB passou a ser vista como um problema de saúde pública pela OMS (BRASIL,2011a) até os dias de hoje. Utilizei, além desse critério, o fato de serem documentos direcionados a fornecer recomendações de controle da doença aos profissionais de saúde, que atuam no atendimento à pessoa com TB, seja na assistência ou na gestão e que fossem de fácil acesso pela internet²⁶, na época de sua publicação. Destaco que, por vezes, utilizo Adesão Terapêutica e controle da TB como sinônimos, pois me alicerço no fato de que o fortalecimento da Adesão ao tratamento é a principal estratégia para o controle da TB (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2019). Os *Manuais* selecionados foram:

- 1) *Manual Técnico para o Controle da Tuberculose. Cadernos de Atenção Básica nº 6* (BRASIL, 2002a), publicado no ano de 2002 pelo Departamento de Atenção Básica do MS;
- 2) *Vigilância em Saúde. Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Cadernos de Atenção Básica nº 21* (BRASIL, 2008), publicado em 2008, pelo Departamento de Atenção Básica do MS;
- 3) *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil* (BRASIL, 2011a), publicado em 2011, organizado pelo Comitê Técnico Assessor²⁷(CTA) do PNCT, subordinado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS;
- 4) *Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica. Protocolo de Enfermagem* (BRASIL, 2011b), publicado em 2011, organizado pelo CTA do PNCT, subordinado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS;

²⁶ Esse critério foi verificado mediante consultoria realizada ao PNCT. Foi a partir do ano de 2002 que esses documentos passaram a ser disponibilizados pela internet, estando assim disponíveis aos profissionais de saúde. Nesse ano, os *Manuais* passaram a se destacar como importante ferramenta de assistência e de gestão na perspectiva da capacitação de recursos humanos na área da saúde, consolidada como Política Nacional em 2004 (BRASIL, 2018).

²⁷ O PNCT conta com um Comitê Técnico Assessor (CTA), instituído na Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), nº 62, de 29 de abril de 2018. É composto por pessoas de reconhecido saber nas diversas áreas afins quanto ao controle da TB, representantes de vários seguimentos e instituições parceiras (BRASIL, 2011a).

- 5) *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil* (BRASIL, 2019), publicado em 2019 pelo PNCT, subordinado ao Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis da Secretaria de Atenção à Saúde do MS.

A escolha desses *Manuais*, em detrimento de outras fontes de informação, decorre do fato que tais publicações apresentam recomendações que orientam a respeito de como ser um profissional que trabalha no controle da TB. Além disso, são considerados como um saber legítimo, de um tempo histórico, que produzem outros discursos que se multiplicam através do exercício de práticas de saúde. Em função disso, produzem efeitos direcionados a determinadas formas com as quais os profissionais de saúde buscam conduzir o comportamento dos sujeitos em relação ao cuidado com a sua saúde. Nessa perspectiva, os acontecimentos não se reduzem a um estado de coisas, na qual se propõe a investigar a veracidade de algo que foi dito. A tentativa é o estabelecimento de relações entre as várias camadas das distintas multiplicidades dos discursos, pois diferentes formações discursivas implicam diferentes posições de sujeito: o sujeito que analisa o que deve ser feito; o sujeito que ensina o que fazer; o sujeito que prescreve condutas; o que adere a certa conduta estabelecida e o que resiste, dentre outros tantos (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013). São nessas condições que se pode estabelecer a veracidade e a produtividade de um discurso, isto é, mesmo que nem sempre seja o desejável, é ele que está inscrito na ordem do que pode ser dito, seguido, reproduzido, considerado (FOUCAULT, 2014).

5.2 Caminhos para a descrição e análise

O percurso metodológico que construí - a fim de investigar de que modo as recomendações sobre a Adesão Terapêutica ao tratamento da TB dos *Manuais de Controle* da doença se constituem em estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde na lógica neoliberal no Brasil - é composto por três principais movimentos: 1) construção do objeto de pesquisa a partir da problematização; 2) formulação de um modo de interrogar o *corpus* da pesquisa afim de obter informações; e, 3) organização das estratégias de análise e descrição das informações. Nas metodologias pós-críticas, os modos de pesquisar se dão a partir desses movimentos que, ao mesmo tempo em

que nos afastam do que é tomado como única verdade, nos aproximam de uma nova forma de olhar, a fim de:

(...) para lá e para cá, de um lado para outro, dos lados para o centro, fazendo contornos, curvas, afastando-nos e aproximando-nos. Afastamo-nos daquilo que é rígido, das essências, das convicções, dos universais, da tarefa de prescrever e de todos os conceitos e pensamentos que nos ajudam a construir imagens de pensamentos potentes para interrogar e descrever-analisar nosso objeto. (MEYER, PARAÍSO, 2012, p. 16)

O primeiro movimento, de problematização, permitiu a construção do objeto desta pesquisa, a partir de questionamentos que, embora ainda sejam recorrentes no cotidiano de meu trabalho, surgiram ao longo de minha trajetória profissional como enfermeira que realiza o cuidado às pessoas com TB. Essa problematização exigiu tomar distância do que e de como se constituem, naturalmente, as verdades instituídas (PARAÍSO, 2012) sobre a Adesão Terapêutica ao tratamento da TB. Esses aspectos, bem como certas atitudes que entendo que sejam decorrentes da vontade de pensar diferente do modo como eu pensava foram apresentadas de forma mais detalhada no *Capítulo 1: O movimento em direção à vontade de pensar diferente*.

O segundo movimento teve como objetivo formular um modo de interrogar as recomendações dos *Manuais* investigados como práticas discursivas do contexto histórico, político e econômico atual. Para tal, caminhei no sentido de desconstrução da unidade, da totalidade, da origem e da ordenação do meu pensamento para tornar visíveis as diversas forças que o constituem, com a intenção de deixar aparecer o “(...) conflito de forças mais do que uma unidade” (MOSÉ, 2018, p.125), pois:

Acreditamos que somos uma unidade e um princípio onde a ação se origina; acreditamos que somos uma ordem capaz de controlar a nós mesmos, mas não é exatamente assim. O que chamamos de eu, é mais produto do que princípio, a resultante de um conflito de forças mais do que uma unidade; uma tentativa de ordenação das forças instintivas, que na maioria das vezes é denominada ou ludibriada por elas: por trás de cada nome próprio existe uma guerra, isso caracteriza o eu. (MOSÉ, 2018, p.125)

Nessa lógica, as perguntas por mim formuladas tiveram a intenção de tornar visível a transitoriedade dos objetos dos quais trata o discurso, visto que não permanecem imóveis, pois são permanentemente controlados e estão em constante transformação:

(...) em toda a sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 2014, p.8)

Nesse sentido, coloquei em suspensão, mesmo que provisoriamente, algumas verdades instituídas sobre os *Manuais*, o que implicou não os ver como um guia de consulta, o qual continha a forma certa de pensar e exercer o cuidado às pessoas com TB. Compreender que os discursos que hoje funcionam são produtos de suas lutas em construir suas próprias verdades (FOUCAULT, 2018c), me obrigou a recorrer a um “ir e vir” na leitura completa de cada *Manual* repetidas vezes, isto é, tantas vezes quantas fossem necessárias para, conforme Paraíso (2012), “sabermos o que já foi produzido sobre nosso objeto, para nos juntarmos e nos separarmos de ideias, perspectivas, temas, significados. (...) para mostramos a diferença do que estamos produzindo e (...) buscarmos novas associações, estabelecer comparações, e encontrar complementações” (p. 35). Assim, inspirada pelo (e assujeitada ao) referencial teórico-metodológico de Michel Foucault, mais precisamente da forma como o autor trabalha os discursos a partir da analítica das relações de poder (FOUCAULT, 2014), formulei três interrogações²⁸ de acordo com os eixos analíticos que sustentam essa pesquisa: a formação dos saberes sobre Adesão Terapêutica, as relações de poder e disciplinas instituídas, e as estratégias biopolíticas utilizadas.

O terceiro movimento, que de certa forma operou concomitantemente com o segundo, se deu através da organização das estratégias de análise e descrição das informações. Essas estratégias buscaram articular respostas às interrogações propostas. A intenção aqui é visibilizar o “mais do discurso”, determinar o que há de “tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus discursos proliferarem indefinidamente?” (FOUCAULT, 2014, p. 8). Isto porque, a todo discurso, há uma vontade de verdade, que busca fazer valer o discurso verdadeiro:

Ora, essa vontade de verdade (...) é ao mesmo tempo reforçada e reconduzida por toda uma espessura de práticas como a pedagogia, é claro, como o sistema dos livros, da edição, das bibliotecas, como a sociedade de sábios outrora, os laboratórios hoje. Mas ela é também reconduzida, mais profundamente, sem dúvida, pelo modo como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído. (FOUCAULT, 2014, p.16)

²⁸ A seguir, apresentarei tais interrogações.

Portanto, para responder as três principais interrogações de cada um dos três eixos analíticos, foram formulados um conjunto de reflexões/problematizações e algumas perguntas com objetivo de auxiliar na identificação das respostas possíveis (ou outras verdades), com base no referencial teórico-metodológico de Michel Foucault.

1) Em relação à **formação dos saberes** capazes de Adesão, busquei investigar *O que se diz sobre adesão?* Para tal, formulei perguntas que me levassem a identificar fatos ou acontecimentos que emergiam nos *Manuais* como verdade, condição ou exigência indispensável para o controle da TB, ou seja, quais os objetos que adquirem *status* científico (FOUCAULT, 1987) nessas recomendações. Procurei delimitar, também, a qual campo discursivo tal discurso pertence, no sentido de investigar qual o espaço que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso (FOUCAULT, 1987). Busquei reunir quais os conjuntos de condutas (FOUCAULT, 1987) de que se podiam falar sobre Adesão ao Tratamento da TB, de forma a tornar visíveis possíveis deslocamentos (circulação de saberes) desses discursos nos *Manuais* investigados. Esses deslocamentos permitem identificar quais discursos são silenciados e quais entram na ordem discursiva (FOUCAULT, 2014). As perguntas utilizadas aqui foram: Quais os saberes que emergem nos *Manuais* para controlar a TB? Qual saber é permitido ser dito? Quais saberes estão na ordem do discurso como capazes de controle da TB? Quem é que diz esses saberes? A quem é permitido dizer? Quais acontecimentos emergem como fatos dos discursos para o fortalecimento da Adesão através do controle da TB?

2) Sobre as **relações de poder** instituídas, questiono: *De que forma se dá a Adesão?* Para tal, identifiquei quais as ações de uns sobre os outros, bem como quais instâncias governamentais (FOUCAULT, 1991) determinam a forma como são organizadas as ações de controle da TB. Também investiguei quais os sujeitos dessas ações, no sentido de delimitar recomendações de condutas, que pudessem se configurar como mecanismos/dispositivos com fins disciplinares (FOUCAULT, 1991). As perguntas que me auxiliaram na análise dessas questões foram: Quais as relações envolvidas no controle da TB? Quais as ações e atribuições? Como se dão essas ações de uns sobre os outros? A quem é permitido agir? A quem é delegado agir? Por quais mecanismos se dá o controle da TB?

3) Em relação às **estratégias biopolíticas** inscritas, pergunto: *De que forma e para que se diz?* Aqui, identifiquei as ideias que faziam circular determinado modo de pensar o controle da TB na lógica da racionalidade neoliberal. Busco analisar as articulações e arranjos institucionais que relacionam determinadas condutas com os pressupostos do ideal de saúde circulante nos discursos da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014). As perguntas que me auxiliaram aqui foram: em que circunstâncias se pode dizer? Para que(m) se diz? Com que efeito se diz? O que é produzido pelo que se diz? Qual a racionalidade que permite dizer de determinada forma? Em qual lógica de pensamento político atual se inscrevem as recomendações sobre Adesão Terapêutica?

O processo de descrição e análise das informações nesta pesquisa se deu mediante a ampliação do olhar e a multiplicação dos sentidos e das formas de ver o que antes não via, não porque estava oculto, mas porque a mim era já naturalizado. Olhar com lentes foucaultianas implicou a ressignificação das discursividades descritas-analisadas a partir da multiplicação de nexos, sentidos e relações (MEYER, 2012).

Por fim, destaco que o conhecer pela desconstrução não implica desconsiderar a razão, pois “a razão não é um modo de atingir a verdade; verdade e razão fazem parte de um modelo de pensamento, de um formato dado ao pensamento que não busca conhecer, mas controlar, exercer o poder” (MOSÉ, 2018, p. 108). Nesse sentido, quando uma verdade se desfaz, abrimos possibilidades para a construção, organização, invenção de outros discursos e possibilidades de outras verdades (FOUCAULT, 1987; FOUCAULT, 2014). Esta foi e será a minha intenção, modesta intenção.

6 PRÁTICAS DISCURSIVAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Neste Capítulo, apresento a descrição e análise das informações, conforme os três eixos analíticos do referencial de Michel Foucault: os saberes sobre a Adesão Terapêutica, as relações de poder e as estratégias biopolíticas utilizadas. Para tal, optei por apresentar tais análises juntamente com os trechos retirados dos próprios *Manuais*, os quais destaco em um quadro, com a devida referência do documento (ano e página). Nem todos os trechos são apresentados na íntegra, pois em algumas situações utilizo parênteses e reticências - (...) - para sinalizar as supressões/omissões realizadas, com a intenção de deixar a passagem copiada mais objetiva. Reitero que, por vezes, nesta pesquisa, optei em utilizar o termo Adesão ao tratamento da TB como sinônimo de controle da TB, visto que o fortalecimento da Adesão é a principal estratégia para o controle da doença.

6.1 Os saberes capazes de Adesão Terapêutica

O controle da TB, de acordo com o *Manual* publicado em 2002 (BRASIL, 2002), conforme trechos selecionados abaixo, será alcançado através da capacitação de recursos humanos na área da saúde, visto que o documento destaca que se trata da única condição necessária, já que as outras já tinham sido alcançadas ou criadas pelos órgãos competentes (BRASIL, 2002a).

APRESENTAÇÃO

O presente manual está voltado para os profissionais de saúde que atuam na atenção básica. Trata-se de um dos instrumentos destinados à capacitação de recursos humanos, (...) visando a intensificar as ações de controle da tuberculose. A capacitação dos profissionais de saúde é a questão crucial para que esses objetivos sejam alcançados, visto que as demais condições necessárias já estão criadas, destacando-se a atualização do conhecimento técnico e a disponibilidade de recursos financeiros, (...), mediante às quais é perfeitamente possível (...) controlar a tuberculose. (BRASIL, 2002a, p.5)

A capacitação de recursos humanos na área da saúde faz parte de uma estratégia discursiva formulada em torno da necessidade de reorientação da formação dos profissionais do SUS (BRASIL, 2018), cujos objetivos foram implementados como Política de Educação Permanente em Saúde (KURCGTAN; CASTILHOS; LEITE,

1996). Apesar da Educação Permanente em Saúde ser definida como uma estratégia político-pedagógica capaz de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços (BRASIL, 2018), a sua efetividade no enfrentamento da TB encontra limitações. Dado o caráter multidimensional da Adesão Terapêutica, bem como a influência de inúmeros fatores (WHO, 2003), nos quais os de ordem socioeconômica se destacam como o maior motivo de abandono de tratamento (LOPES et al.; 2014; SAN; OLIVEIRA, 2013; BARRETO et al.; 2018), considerar a capacitação de profissionais como a única condição necessária que ainda não foi alcançada, tende a reduzir a complexidade do desafio em controlar uma doença que, talvez, seja um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo.

Além disso, abordar questões sanitárias de caráter multidimensional, sem considerar a necessidade de reflexão crítica junto a outros campos do conhecimento – ou considerando apenas a potência da Educação Permanente - é pressupor que um agravo de grande magnitude possa ser controlado somente pelo desenvolvimento de habilidades técnicas direcionadas à realização de procedimentos fins (CASTIEL, XAVIER, MORAES, 2016). Somado a isso, a Educação Permanente como estratégia política para qualificação dos profissionais do SUS emergiu de um contexto de defesa da saúde, cujos principais idealizadores temiam possíveis reformas estruturais no setor, decorrentes do processo de globalização (FIGUEIREDO, 2008). A partir disso, arrisco-me a dizer que o discurso que enfatiza a suficiência da capacitação dos profissionais, no controle da TB, se configure mais como uma estratégia de fomento da Educação Permanente como política necessária para a defesa do SUS, do que uma recomendação pela qual se poderiam ter grande benefícios no controle da doença.

Já no *Manual* de 2008, podemos observar a ênfase dada ao controle da TB pela realização de ações no âmbito da vigilância em saúde, mais precisamente a vigilância epidemiológica de base territorial:

APRESENTAÇÃO

Para qualificar a atenção à saúde a partir do princípio da integralidade é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença das comunidades e com ações de promoção e vigilância em saúde (...). Recomendo, portanto, que este caderno seja incorporado ao conjunto de instrumentos e tecnologias voltados à educação permanente dos profissionais de saúde, fortalecendo as ações que buscam o controle dessas doenças (...). (BRASIL, 2008, p.5)

A importância atribuída à vigilância epidemiológica se relaciona com formas organizadas e recomendadas de execução de determinadas ações no campo do SUS enquanto política pública (BRASIL, 1980). Nesse *Manual* (BRASIL, 2008), o controle da TB não depende somente do quanto o profissional é capacitado para lidar com uma doença, mas sim do quanto ele coloca em funcionamento condutas de acordo com um conjunto de recomendações específicas. Essas recomendações passam, então, a inscrever o conhecimento dos determinantes que influenciam a ocorrência das doenças, dentre elas, a TB, em um saber em torno da legislação da vigilância em saúde. Nessa situação, parafraseando Foucault (2014), podemos ver o quanto elementos do discurso jurídico e político se associam ao discurso médico enquanto saber científico como agregadores de legitimidade a fim de somar forças no reconhecimento de uma verdade sobre a forma adequada de conduzir o tratamento da TB em território nacional. Em relação a isso, Pires (2016), ao utilizar o conceito de vigilância epidemiológica como ferramenta analítica na vertente pós-estruturalista, nos mostra o quanto este conceito se configura como um poderoso discurso da medicina clínica que, por meio de agrupamentos numéricos, organiza e impõe uma forma de olhar para as doenças. E essa determinada forma de olhar produz um saber que busca classificar e posicionar os sujeitos em relação a uma doença a partir da classificação em doentes ou sadios e em maior ou menor risco de adoecimento (PIRES, 2016). De outra forma, poderíamos dizer que a constituição de um saber se configura como um espaço em que o sujeito toma a posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso, de maneira a inscrevê-los em um campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que esses conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam (FOUCAULT, 1987). Por isso, entendermos o controle da TB através da capacidade dos profissionais em executar ações de vigilância epidemiológica desloca e amplia o olhar médico, que analisava o corpo do doente, ou seja, o que era visível equalificável (conhecimento e reconhecimento da doença no corpo) para o que se configura como uma forma específica de ser identificada, tratada, controlada e prevenida, a partir de elementos formulados no campo discursivo jurídico (FOUCAULT, 2018a).

No *Manual* publicado em 2011, emerge, de acordo com o trecho abaixo, a ideia de eliminação da doença em torno da ação dos medicamentos, pois o documento destaca que, apesar de já existirem recursos tecnológicos capazes de manter a doença sob controle, a sua eliminação ficava condicionada ao desenvolvimento de novos medicamentos:

APRESENTAÇÃO

(...) Apesar de já existirem recursos tecnológicos capazes de promover seu controle, ainda não há perspectiva de obter, em futuro próximo, sua eliminação como problema de saúde pública, a não ser que novas vacinas ou medicamentos sejam desenvolvidos. (...). Este Manual seguramente terá importância capital para a melhoria das atividades de prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento dos casos de TB e para a organização dos serviços do SUS, especialmente aqueles da Atenção Básica. Poderá, também, ser útil para movimentos sociais, organizações de base comunitária, instituições de pesquisas, universidades e outras organizações governamentais e não governamentais. (BRASIL, 2011a, p.17)

Nesse momento, a suficiência da capacitação de recursos humanos e o destaque dado à lógica da vigilância territorial, colocadas como prioridades anteriormente, passam então a ser silenciadas. Quando digo silenciadas, não estou me referindo ao fato de que elas não mais existam, mas sim de que não estão mais na ordem do discurso. Conforme Foucault (2014), estar na ordem do discurso significa assumir a articulação dos fatos deste discurso nos mecanismos de poder que os produzem, isto é, a forma da lei, as tecnologias, as táticas e as estratégias utilizadas para determinado fim (CASTRO, 2016). Tais fatos controlam um discurso, selecionando o que pode e o que não pode circular, em que circunstâncias podem ser pronunciados, a qual sujeito é dada a permissão de falar (FOUCAULT, 2014).

Nesse *Manual* (BRASIL, 2011a), situar o controle da TB na dependência de “novos” medicamentos é corroborar com o discurso medicalizante exaltado por uma lógica simplista de que, para combater uma doença, basta fazer uso de um medicamento. Esse discurso medicalizante se constitui por uma normatividade de base fortemente epidemiológica que hoje rege os preceitos que pretendem disciplinar a população em direção à promoção da sua saúde (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016). O problema é que essa normatividade, ao delegar o controle da doença à necessidade de novos medicamentos, desconsidera que as situações de vulnerabilidades (CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018) e violação de direitos humanos (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017) da maior parte dos casos de TB são que dificultam o uso ininterrupto da medicação. Não tenho a intenção de desconsiderar a importância dos medicamentos no tratamento da TB, mas sim de reforçar o quanto os discursos medicalizantes, que enfatizam o tratamento de doenças como um simples ato individual por parte da pessoa em tratamento (“fazer uso do medicamento”), desconsideram o rol de precariedades vividas que, justamente, complexificam esse ato.

Somado a isso, o mesmo *Manual* (BRASIL, 2011a), que delega o controle da TB à necessidade de novos medicamentos, reforça que a *TB sensível* tem 100% de chance de cura, desde que a medicação (já existente e disponível pelo SUS) seja tomada até o fim do tratamento de forma ininterrupta. O que ocorre aqui, portanto, não é a necessidade de novos medicamentos, mas sim de articulação de “novas formas” de possibilidades para que as pessoas - com dificuldades de enfrentar a TB - estejam providas de recursos para tal. Afirmar, portanto, que para curar a TB basta tomar o remédio - discurso bastante utilizado nas campanhas publicitárias (ROSSETO et al, 2017) - se configura como uma estratégia de exaltação da responsabilidade individual no enfrentamento da doença (CASTIEL; DIAZ, 2007). Por isto, diante do efeito positivo na cura da TB (com medicamentos já existentes), por meio de intervenções de proteção social, como programas de transferência de rendas realizadas pelo governo (OLIOSI et al.; 2019), apostar na necessidade de novos medicamentos parece, no mínimo, contraditório. Ou, de acordo com Foucault (2014), consiste no perigo decorrente da possibilidade de certos discursos circularem em detrimentos de outros.

De acordo com os excertos abaixo, referentes ao *Protocolo de Enfermagem* (BRASIL, 2011b), publicados no mesmo ano, observamos a emergência do protagonismo da Enfermagem no controle da TB. O discurso medicalizante se associa, agora, à necessidade de colocar em prática uma forma sistematizada de supervisão da tomada dos medicamentos como principal estratégia de controle da doença. Nesse caso, o fortalecimento da adesão passa a depender do quanto este profissional é capaz de desenvolver suas atividades de forma sistematizada, de acordo com os procedimentos do referido *Protocolo* (BRASIL, 2011b):

INTRODUÇÃO

(...) TDO de alta qualidade, objeto desta publicação (...). Nesse cenário, o papel da Enfermagem, categoria fundamental para a condução das atividades de saúde pública no País, adquire especial importância na execução das ações de controle da tuberculose e por isso a necessidade da edição de um protocolo específico (...). Esta publicação se dedica, portanto, à sistematização do trabalho daqueles profissionais que têm o papel fundamental de garantir a supervisão de todo o tratamento e evitar as intercorrências que favoreçam o abandono (...), garantindo a adesão dos pacientes e um tratamento bem-sucedido. (BRASIL, 2011b, p.11)

A partir de então, vemos se consolidar uma série de procedimentos que ficam a cargo da enfermeira, como observar a tomada da medicação, identificar fatores de risco para o abandono do tratamento, administrar a medicação, registrar em carteira de tratamento, dentre outros. As recomendações deste *Protocolo*, portanto, configuram

uma prática discursiva que busca homogeneizar as ações da enfermeira de forma sistematizada e agrega elementos como procedimentos e técnicas que devem ser normalizadas, isto é, tornadas normais nas condutas frente à TB. Essa normalização somente é possível a partir de recomendações organizadas por um saber médico, cujos fatos e técnicas utilizadas criam as condições de possibilidade para colocar em funcionamento normas gerais de saúde, a partir da produção de uma racionalidade sobre o tratamento de uma doença (FOUCAULT, 1991). Isto é, somente a partir do que é considerado normal pode-se classificar, excluir ou delimitar os sujeitos que aderem daqueles que não aderem, por exemplo.

No *Manual* (BRASIL, 2019) utilizado atualmente, conforme trechos a seguir, a necessidade de enfrentamento dos DSS emerge, agora, como um fato novo a ser considerado para o controle de doença. Escrevo que “emerge como um fato novo”, porque tal prerrogativa da associação da TB como um problema social já é conhecido de longa data (WHO, 2003; PINHEIRO; ZANETTI, PAPALI, 2015), mas nunca foi formalizada nas recomendações dos *Manuais* (publicados e aqui citados e analisados):

APRESENTAÇÃO DO MANUAL

(...) O recrudescimento da tuberculose em consequência da epidemia de aids (...) a concentração da TB em populações vulneráveis socialmente, levaram à priorização no combate à doença (...). A nova estratégia (...) traz o enfrentamento dos determinantes sociais e (...) na introdução de um novo componente capaz de potencializar o efeito das demais medidas: a utilização da proteção social como ferramenta de apoio (...). Passa-se, efetivamente, a encarar a tuberculose como um fenômeno multicausal que extrapola o campo biomédico. O Brasil vem buscando nas articulações intersetoriais a resposta para a epidemia concentrada (...) na população indígena, na população privada de liberdade, nas pessoas em situação de rua, nas pessoas vivendo com o HIV e naqueles vivendo em situação de extrema pobreza (...). (BRASIL, 2019, p. 23)

Neste caso, a TB é apresentada como uma doença de múltiplas causas que extrapolam o conhecimento biomédico, obrigando a reconhecer que a vulnerabilidade está relacionada a outros campos do conhecimento, como o da Assistência Social, o da Ciência Política e mesmo o da Sociologia e o da Antropologia. No momento em que o *Manual* recomenda a necessidade de que os profissionais atuem no enfrentamento dos DSS para o controle da doença, por estar concentrada em determinados grupos de pessoas – denominados de “vulneráveis” – são criadas as condições para homogeneizar aspectos que estão em campos temáticos distintos (SEVALHO, 2018). No campo do Direito, vulnerabilidade se refere a perdas de direitos civis, da capacidade de agir e se defender por razões biológicas ou sociais. No da Sociologia e da Antropologia, o

conceito supõe uma fragilidade intrínseca do ser humano, devido a condições sociais mutáveis. No da Saúde Coletiva, o quadro conceitual de vulnerabilidade está relacionado à economia informal e ausência de seguridade social. E, na Enfermagem, não raras vezes o termo é remetido à susceptibilidade a danos como sinônimo de risco (SEVALHO, 2018). Além disso, delegar à intersetorialidade o potencial de enfrentamento dos DSS é pressupor que ela possa intervir nesses diferentes elementos temáticos de forma efetiva na redução dos problemas sociais de difícil solução, como a pobreza gerada pelas desigualdades (MEYER, et al.; 2018). Creio que o cuidado que temos que ter aqui é, justamente, o de destacar o quanto as ações intersetoriais conseguiriam contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, muito mais do que delegar a elas a potencialidade de reduzir situações de pobreza, por exemplo. Por isso, a redução das desigualdades envolve mais do que a união de ações de diferentes setores que, infelizmente ainda permanecem isolados (MEYER, et al.; 2018), pois tal redução implica em alterações nas relações de poder e saber que instituem as atuais normas que regem o cuidado em saúde.

Podemos observar, portanto, que a constituição de um saber, capaz de fortalecer a Adesão Terapêutica e controlar a TB, se dá por sucessivos deslocamentos do sujeito desses discursos. Esses deslocamentos perpassam a exclusividade do saber do profissional capacitado (BRASIL, 2002a), a centralidade da vigilância do território (BRASIL, 2008), a eliminação da doença por meio do protagonismo da enfermeira na supervisão do uso dos medicamentos (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b) e a ação intersetorial para o enfrentamento dos DSS na população vulnerável. A sucessão desses discursos tornam visíveis o que Foucault (2018b) chamou de saberes sujeitados, isto é, toda uma série de saberes que estavam desqualificados por serem não conceituais e pouco elaborados (FOUCAULT, 2018b), pois é o saber clínico associado ao saber jurídico que, na maior parte das vezes, se consolida como saber legítimo com *status* de cientificidade nos documentos analisados. Por mais que se valorize a necessidade de atuação de outros setores, é ao saber médico que se permite determinar a forma como os outros núcleos profissionais devem conduzir as intervenções em determinada doença como problema de saúde pública. O que só é possível porque os outros saberes, mais particulares, mais locais e diferenciados são silenciados e incapazes de unanimidade e “devem sua força apenas à contundência que opõe a todos aqueles que o rodeiam” (FOUCAULT, 2018b, p.9). Um saber sujeitado está abaixo do nível do conhecimento ou da cientificidade requeridos, pois não discorre quanto à

possibilidade de experiências e saberes de todos os envolvidos (FOUCAULT,2018b). O que nos leva a pensar que o silenciamento dos saberes da Enfermagem, enquanto ciência ordenadora do cuidado (MARTA; TEIXEIRA, 2016), e da Assistência Social, enquanto direito do cidadão, nos *Manuais* analisados, façam parte de estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde. Nessa perspectiva, os sucessivos silenciamentos de vários saberes implicam que o controle da TB, ainda que envolva a habilidade técnica de diferentes núcleos profissionais, seja realizado a partir das recomendações elaboradas pelo saber médico. O que pressupõe que, muito mais do que o exercício da capacidade crítica de cada núcleo profissional, o que esteja em jogo é a manutenção do saber biomédico na ordem do discurso (FOUCAULT, 2014).

Por fim, em relação a esse primeiro eixo analítico, destaco a importância que classificar, categorizar e sistematizar ocupam na constituição de um saber capaz de controlar a TB. Podemos observar, nos trechos selecionados abaixo, como foi se organizando todo um conhecimento na elaboração de critérios que permitissem definir uma forma de denominar os tipos da doença, de identificar e nomear as pessoas que têm mais probabilidade de estarem doentes, dentre a população geral, de categorizar as pessoas doentes de acordo com a ocorrência da doença prévia e da construção de fluxogramas para delimitar como deve ser a investigação das pessoas que tiveram contato com a pessoa doente:

A DEFINIÇÃO DE CASO DE TUBERCULOSE

Denomina-se “caso de Tuberculose” todo o indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base nos dados clínicos-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose. (BRASIL, 2002a, p.12). Considera-se “caso novo” de tuberculose ou sem tratamento anterior, os pacientes que nunca se submeteram à quimioterapia antituberculosa, fizeram por menos de 30 dias ou há mais de cinco anos. (BRASIL, 2002a, p.21)

DETECÇÃO DE CASOS

Sintomáticos respiratórios, isto é, portadores de tosse com expectoração há pelo menos três semanas ou que apresentem sintomatologia compatível com tuberculose: além da tosse, febre vespertina, suores noturnos, perda de peso, escarro sanguíneo (hemoptóico) ou dor torácica. (BRASIL, 2008, p.137)

DEFINIÇÕES PARA PROCEDER AO CONTROLE DE CONTATOS

Caso índice - Todo paciente com TB pulmonar ativa, prioritariamente com baciloscopia positiva. Contato - Toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice, no momento do diagnóstico da TB. Esse convívio pode se dar em casa e/ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola (...). (BRASIL, 2011a, p. 96)

A diferença conceitual entre um caso encerrado por cura (casos de TB bacilífera) e outro encerrado por tratamento completo (casos de TB com baciloscopia negativa ou extrapulmonar) tem por finalidade separar os casos que ofereciam risco epidemiológico de transmissão da doença dos demais (BRASIL, 2011a). De forma análoga, também foram criadas categorias para o tipo de encerramento dos casos em tratamento, de acordo com a importância do risco epidemiológico da doença, isto é, das formas de diferenciar as pessoas dentre as que curaram das que completaram o tratamento, conforme excertos abaixo:

ENCERRAMENTOS DOS CASOS DE TB (...)

Cura - paciente que apresentar 2 baciloscopias negativas, sendo uma em qualquer mês de acompanhamento e outra ao final do tratamento (5º ou 6º mês). Para os casos com necessidade de ampliar o tempo de tratamento, serão considerados os 2 últimos meses. Tratamento completo- paciente que completou o tratamento sem evidência e teve alta com base em critérios clínicos e radiológicos, por impossibilidade de realizar exames de baciloscopia ou cultura. Abandono- paciente que interrompeu o tratamento por 30 dias consecutivos ou mais. (...) Óbito por tuberculose- paciente cujo óbito foi causado pela tuberculose, ocorrido durante o tratamento. A causa do óbito deve estar de acordo com as informações do SIM. (BRASIL, 2019, p.345)

Somado a isso, essa preocupação em ordenar uma série de atribuições quanto ao registro do atendimento dos casos da doença e das medidas necessárias para evitar a transmissão da mesma, observada nos trechos abaixo, se constituem por discursos que produzem um saber ordenado, organizado, sistematizado, classificado e categorizado em inúmeras etapas a serem seguidas pelos profissionais de saúde. Essas práticas discursivas tomam materialidade (FOUCAULT, 2014) no desenvolvimento de um cuidado que, através das recomendações de detectar casos, interrogar sobre sintomas, coletar exames, encaminhar para o tratamento, avaliar contatos e notificar em sistemas de informação constituem não apenas um modo de ser enquanto enfermeira no atendimento da TB, mas principalmente o modo recomendado e mais adequado para alcançar as mudanças necessárias na constituição de um indivíduo consciente e capaz de aderir:

A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE TUBERCULOSE DEVERÁ ASSEGURAR QUE

Na unidade de saúde, haja uma organização dos registros e de informações dos usuários sob investigação e em tratamento da tuberculose, a saber: a) Registro de sintomático respiratório no serviço de saúde, b) Registro de Pacientes e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose, c) Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose (SINAN), d) Registro dos Contatos, e) Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose (SINAN), f) Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação e Agenda para Marcação de Consulta. (BRASIL, 2011b, p.91)

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS OU GERENCIAIS

1) Rastrear: Reconhecer o SR e/ou pessoa com TB pulmonar ativa é o primeiro passo nas medidas administrativas. Pode ser obtido com a preparação de um profissional de saúde para realizar a busca ativa de SR em todo paciente que chega à unidade, interrogando a presença e duração da tosse. 2) Educar: Oferecer ao SR máscara cirúrgica para uso durante sua permanência na unidade e instruí-lo com relação à etiqueta da tosse (levar o braço ou lenço à boca quando tossir). 3) Separar SR ou pessoas com TB pulmonar ou laringea ainda infectantes devem esperar pelo atendimento ou procedimentos em áreas bem ventiladas. 4) Priorizar: Priorizar o atendimento do paciente no serviço, independentemente do motivo da procura. O paciente deve passar à frente na fila de consultas, exames e/ou dispensa de medicamentos. 5) Investigar TB Proceder à investigação necessária para afastar ou confirmar o diagnóstico de TB nos SR. (BRASIL, 2019, p.221)

Essa necessidade de denominar, classificar e sistematizar o atendimento da TB é condizente com o modelo preconizado na Modernidade, no qual “o mundo cientificamente conhecido, datado e localizado parece ser o único possível” (ROCHA, 2000, p. 183). É o desejo desse mundo conhecido que faz com que os fatos e os acontecimentos dos discursos sejam vistos como naturais por uma tradição, por uma forma de desenvolvimento ou por determinada mentalidade de uma época (FOUCAULT, 1987). Por isso, investigar as recomendações dos *Manuais* como práticas discursivas, por lentes foucaultianas, tomando-os como fatos ou acontecimentos, é pôr em questão esses agrupamentos que são naturalmente aceitos antes de qualquer suspeição. É também se inquietar diante desses recortes que fazem com que certas categorias, classificações, regras normativas ou recomendações nos pareçam tão naturais e familiares.

6.2 As relações de poder exercidas na Adesão Terapêutica

As ações de controle da TB, conforme trechos abaixo, são apresentadas em torno da delimitação de funções dos profissionais, de acordo com as recomendações do MS

nos *Manuais de Controle* da doença. São determinadas, também, atribuições às três instâncias governamentais, de acordo com a regionalização e hierarquização do SUS (BRASIL, 1980), nas quais cabe à esfera federal elaborar políticas e diretrizes que devem ser implementadas e executada pelas esferas estaduais e municipais:

DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

É função do enfermeiro do programa de controle da tuberculose organizar e cumprir as recomendações do Ministério da Saúde e, segundo a Portaria da Atenção Básica no 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a), o diagnóstico de tuberculose nos serviços de saúde está implícito nas atribuições desse profissional: “Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações”. (BRASIL, 2011b, p.36)

ATRIBUIÇÕES DAS INSTÂNCIAS NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

INSTÂNCIA FEDERAL

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. Tem como missão promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania. (BRASIL, 2019, p.281)

INSTÂNCIA REGIONAL

Em determinados estados e municípios, a estrutura administrativa inclui um nível intermediário definido como “regional de saúde”. Para tais casos, essa estrutura deverá promover maior proximidade entre o nível estadual central e os níveis locais, possibilitando agilidade na implantação e/ou implementação de ações de controle da tuberculose ou na resolução de problemas. (BRASIL, 2019, p.283)

Tais recomendações tornam explícitas que as relações existentes entre as instâncias governamentais passam a organizar toda uma prática social construída historicamente, sem a necessidade de um Estado centralizador, mas com o incentivo de que articulações ocorram entre os poderes locais, institucionalizados em sua microcapilaridade (FOUCAULT, 2018c).

Nos excertos a seguir, podemos observar que as diversas atribuições designadas ao enfermeiro se configuram enquanto dever da categoria profissional, que deve cumprir determinadas regras:

DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

O enfermeiro capacitado nas ações de controle da tuberculose deve identificar informações clínicas, epidemiológicas e sociais dos suspeitos da enfermidade e tomar providências para o esclarecimento do diagnóstico. (...) É função do enfermeiro do programa de controle da tuberculose organizar e cumprir as recomendações do Ministério da Saúde e, (...) o diagnóstico de tuberculose nos serviços de saúde está implícito nas atribuições desse profissional: Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações. (BRASIL, 2011b, p. 36)

ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS LOCAIS

Faz parte da competência do enfermeiro a organização do processo de trabalho nas atividades de controle da tuberculose, incluindo a dose diretamente observada da medicação. A organização da equipe garante que as ações sejam sistematizadas, contínuas e resolutivas; deve ser realizada por meio da elaboração de protocolos de atendimento que partam das diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde, mas que contemplem as especificidades locais e, principalmente, a dinâmica de trabalho da unidade de saúde e equipe. O protocolo de atendimento requer uma discussão e consenso da conduta da equipe envolvida no programa de controle da tuberculose local, incluindo particularmente a questão do TDO, devendo este documento ser regulamentado pelo gestor municipal. (BRASIL, 2011b, p.83)

Tais prerrogativas vão ao encontro da forma como se organizou, a partir de certo momento, uma política de saúde que passou a considerar as doenças como problemas políticos e econômicos (FOUCAULT, 2018c). O estabelecimento dessa política de saúde se deu pela construção de novas regras, somente possíveis a partir da formação de uma medicina clinicamente forte, centrada no diagnóstico e com terapêuticas específicas, de forma a determinar decisões a respeito da saúde das coletividades. Algumas dessas decisões podem ser identificadas nas ações de vigilância epidemiológica no cenário brasileiro. Nesse sentido, as atribuições dos profissionais, indicadas no *Guia da Vigilância Epidemiológica* (BRASIL, 2009), buscam instrumentalizar o profissional no enfrentamento de doenças que se configuram como um problema de saúde pública. Assim, a manutenção da saúde de uma população, bem como a garantia da segurança da coletividade, em relação aos possíveis riscos de contaminação de determinado agravo, dependerá das ações realizadas por cada instância governamental.

Creio ser produtivo analisar, aqui, quais estratégias são utilizadas para que uma vontade de verdade seja incluída em determinada ordem discursiva (FOUCAULT, 2014). Para tal análise, identifiquei uma discrepância entre o que se afirma, como

objetivo dos *Manuais*, e o que de fato é recomendado por esses documentos. Quero dizer que, em momento algum, nos *Manuais*, as recomendações são apresentadas como uma obrigatoriedade e, sim, que a utilização desses *Manuais* deve ser vista como ferramentas de qualificação para os profissionais, pois são através delas que será possível o controle de determinada doença (BRASIL, 2011a). Tal fato nos permite compreender que seja possível um profissional optar por não utilizar os *Manuais*, o que vai de encontro à forma como são descritos o “dever em cumprir”, bem como “a competência do profissional em seguir” tais recomendações (BRASIL, 2011a). Sendo assim, o profissional (enquanto executor de ações na esfera estadual ou municipal), muito antes de decidir se utilizará ou não o *Manual*, talvez se sinta implicado (comprometido com o dever) em agir de acordo com tais recomendações, justamente porque elas procedem de uma organização hierárquica superior (ou seja, do Ministério da Saúde). Além disso, a própria noção de competência profissional, descrita como um conjunto de iniciativas necessárias para a resolutividade dos problemas a serem enfrentados, governam as condutas daqueles que desejam ser “capazes” ou “competentes” e, portanto, se assujeitam aos discursos presentes nos *Manuais*. Em relação a isso, Witt e Almeida (2003) nos mostram que o tema das competências profissionais, na formação em saúde, acompanha o referencial das Funções Essenciais de Saúde Pública, protagonizado pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), e sob influência de movimentos de globalização no setor saúde, no contexto do ideário do capitalismo neoliberal: mudanças tecnológicas, multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores. Sendo assim, a aparente neutralidade dos *Manuais* pode ser compreendida a partir da noção de poder relacional, que age através das ações de uns sobre os outros, inscrevendo-se em uma ordem discursiva como sendo algo necessário e decisivo, já que as verdades neles contidas são aceitas, reproduzidas e reiteradas sem que alguém precise continuamente repeti-las (FOUCAULT, 2014).

6.2.1 As disciplinas instituídas (ou desejadas?)

É possível, ao analisarmos os trechos abaixo, nos depararmos com uma extensa lista de intervenções, prévia e ordenadamente estabelecidas, que devem ser realizadas pelos profissionais no cuidado à pessoa em tratamento para TB:

COLETA DO ESCARRO

(...) Orientar o paciente quanto ao procedimento de coleta: ao despertar pela manhã, lavar a boca sem escovar os dentes, inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir essa operação até obter duas eliminações de escarro, evitando que esse escorra pela parede externa do pote; orientar o paciente a lavar as mãos após esse procedimento. (...) Quando o paciente referir que não tem expectoração, o profissional deve orientá-lo sobre como obter a amostra de escarro e fazer que ele tente fornecer material para o exame. (BRASIL, 2002a, p.14)

SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DOS PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

Enfermeiro: Identificar os sintomáticos respiratórios; realizar assistência integral às pessoas e famílias na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários; orientar quanto à coleta de escarro; administrar a vacina BCG; realizar a prova tuberculínica. (...); realizar consulta de enfermagem, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; solicitar exames (BAAR, raio-X de tórax, cultura, identificação e teste de sensibilidade. (BRASIL, 2011a, p. 81)

Algumas dessas ações indicam a necessidade de se realizar intervenções no corpo do doente, como a submissão a exames e realização de procedimentos (BRASIL, 2008), bem como intervenções em relação a comportamentos nocivos à saúde, dentre os quais a cessação do tabagismo, por exemplo (BRASIL, 2011a):

OBSERVAÇÃO EM RELAÇÃO À PROVA TUBERCULÍNICA

Todos os indivíduos infectados pelo HIV devem ser submetidos ao teste tuberculínico. Nesses casos, considera-se reator aquele que apresenta endurecimento de 5 mm ou mais e não reator, aquele com endurecimento entre 0 e 4 mm. Para pacientes não reatores e em uso de terapia antirretroviral, recomenda-se fazer o teste seis meses após o início da terapia, devido a possibilidade de restauração da resposta tuberculínica. (BRASIL, 2008, p.143)

INTEGRANDO BREVES INTERVENÇÕES NO CONTROLE DO TABACO NAS ATIVIDADES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TB

Deve-se perguntar a todos os pacientes com TB se fumam ou não e aconselhar os fumantes a pararem de fumar. (BRASIL, 2011a, p.91) (...) Se o paciente de TB é um não fumante, os profissionais de saúde podem também oferecer uma breve intervenção rotineira para ajudar na redução da exposição à fumaça do cigarro e na prevenção do tabagismo passivo (...). (BRASIL, 2011a, p.93)

A partir do momento em que o controle da TB se constitui por práticas discursivas que buscam tanto intervenções no corpo quanto na modulação do comportamento do indivíduo em tratamento, torna-se visível a microcapilaridade do

poder (FOUCAULT, 2018c). Nesse sentido, vemos atuar mecanismos disciplinares (FOUCAULT, 1991), concomitantemente com dispositivos de segurança (FOUCAULT, 2008). Por isso, quando questiono se as disciplinas são instituídas ou desejadas, quero destacar que, seguindo Foucault (2008), não se trata de uma sucessão dos mecanismos legais, dos disciplinares e daqueles de segurança, pois eles atuam em conjunto. Isso porque, para garantir a segurança da população, são colocados em operação toda uma série de técnicas de vigilância e de controle, individuais e coletivos, pois “a segurança é uma certa maneira de acrescentar, de fazer funcionar, além dos mecanismos propriamente de segurança, as velhas estruturas da lei e da disciplina (p. 14).

Dessa forma, a analítica do poder realizada por Foucault²⁹ (1991; 2017a; 2018c) nos permite entender que diversos mecanismos inscrevem o corpo numa tecnologia política, num processo pelo qual um certo saber sobre o corpo se constitui, de acordo com a ciência de seu tempo, de forma difusa como uma instrumentação técnica política (FOUCAULT, 2018c). A partir dessa ideia, não seria possível localizar o poder em um sujeito específico, ou em uma instituição, mas sim por meio de estratégias, cujos efeitos não se dão por dominação, apropriação, mas por disposições, manobras, táticas e técnicas (FOUCAULT, 1991; FOUCAULT, 2018c).

No contexto do controle da TB, as recomendações dos *Manuais* visam individualizar a multiplicidade de indivíduos doentes, a fim de que cada sujeito doente aceite/realize/se submeta ao tratamento. Nesse sentido, a crença na manutenção da vida e na segurança da população se tornam suficientes para que tanto profissional quanto o usuário se sintam desejosos em seguir as recomendações dos *Manuais*. E, assim, a cada inovação apresentada, que poderá ampliar a capacidade de intervenção sobre o comportamento dos sujeitos, vemos se manifestar um desejo (e uma aceitação), tanto por parte dos profissionais quanto dos doentes e suas famílias em manter o imperativo da saúde acima de tudo. Tal desejo (e aceitação) produz sujeitos e subjetividades, em uma relação positiva do poder relacional que assujeita todos a partir daquilo que se considera normal e desejável, tal como um modelo a seguir (FOUCAULT, 1991).

²⁹ As várias formas de poder pesquisadas pelo autor, nas suas obras genealógicas, foram abordadas mais detalhadamente no Capítulo 4o desta dissertação. O importante é considerarmos que o poder produz saber e não simplesmente o favorece porque lhe é útil. Não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua, ao mesmo tempo, relações de poder (RAZÃO INADEQUADA, 2019).

Portanto, podemos identificar, através da análise das recomendações dos *Manuais de Controle da TB*, que a algumas instâncias são delegadas determinados ações que, reunidas, formam uma rede de serviços de acordo com a regionalização e a hierarquização dos serviços do SUS³⁰ (BRASIL, 1980). E, nessa rede, são identificados tanto os mecanismos disciplinares quanto os dispositivos de segurança. Pois, para controlar a TB, se faz necessário ordenar diversos critérios da doença no tempo, no espaço e na forma de tratamento, que nos permitam classificar, individualizar e diferenciar as pessoas que aderem ao tratamento (tomam a medicação ininterruptamente por seis meses ou mais) das que não aderem (ficaram mais de 30 dias sem tomar o medicamento).

Destaco ainda que, dentre todas as ações dos profissionais, a organização, a implantação e a operacionalização do TDO, conforme trechos abaixo, é exaltada como principal estratégia de controle da doença, por um discurso fortemente baseado na importância da vigilância do enfermeiro no monitoramento e na supervisão da tomada dos medicamentos:

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

O TDO consiste na observação da ingestão dos medicamentos, preferencialmente todos os dias, ou seja, de segunda a sexta-feira, na fase de ataque e no mínimo três vezes por semana na fase de manutenção do tratamento, administrado por profissionais de saúde ou eventualmente por outra pessoa, desde que devidamente capacitada e sob monitoramento do enfermeiro. (...). É o momento ímpar em que o profissional de saúde cria a oportunidade para empoderar o paciente em relação ao processo do tratamento, com linguagem acessível, de fácil entendimento, propiciando uma educação individual e dialogada. A partir desse contexto, a atuação do enfermeiro no TDO deve contemplar duas dimensões do processo de trabalho: a gerencial, que se relaciona ao planejamento, à organização e à avaliação de serviço, e a assistencial, ligada à organização e à realização das ações do cuidado, diretamente envolvidas no tratamento. (...). (BRASIL, 2011b, p.75)

CONTROLE DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

O controle do tratamento diretamente observado consiste na aplicação de meios que permitam ao enfermeiro acompanhar a evolução da doença por meio da análise da ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação (...). O enfermeiro deve atentar para: (...) realizar a avaliação frequente e sistemática dos instrumentos de registro de casos de tuberculose na unidade de saúde (...); separar a ficha e prontuário do doente para analisar os dados mensalmente; conferir o nome e a dose dos medicamentos prescritos para o paciente e o seu

³⁰ A medicação para tratamento da TB somente é disponibilizada pelos serviços públicos de saúde. Mesmo que a pessoa com suspeita de TB tenha realizado o diagnóstico por atendimento de profissional particular ou conveniado, ela precisa acessar as redes de serviços públicos, conforme fluxos estabelecidos, para ter acesso aos medicamentos (BRASIL, 2019).

peso; certificar se o paciente está tomando regularmente os medicamentos sob supervisão, seja na unidade de saúde, domicílio ou trabalho. (BRASIL, 2011b, p.96)

SUPERVISÃO

Entende-se supervisão como uma ação educativa, de inter-relação construtiva, uma oportunidade para apoiar, orientar e motivar os profissionais no aperfeiçoamento de suas habilidades, como também uma oportunidade para aprender. É um processo bidirecional de crescimento mútuo, tanto para o supervisor quanto para o supervisionado. Destina-se a educar, qualificar e a buscar a consciência e o compromisso com a competência, mais do que simplesmente controlar. (BRASIL, 2011b, p.109)

De acordo com os excertos transcritos, a supervisão do profissional, durante a realização do todo, se configura como um importante mecanismo de controle do corpo do indivíduo em tratamento. Tal como um dispositivo disciplinar, realiza uma vigilância hierárquica, ao indicar que o enfermeiro deverá supervisionar o comparecimento diário do usuário na unidade de saúde; uma sanção normalizadora, ao regular as ações do enfermeiro de acordo com as recomendações do *Protocolo de Enfermagem*; e, por meio do exame, observa a tomada da medicação. A vigilância, a sanção e o exame permitem inscrever as disciplinas como determinantes de nexos (rede de relações estabelecidas) entre discursos, leis, proposições científicas e programa de certa instituição inserida em um campo de racionalidade (CASTRO, 2016). Além disso, se formos pensar a supervisão do TDO a partir do modelo panóptico de vigilância, em que “a vigilância se torna permanente em seus efeitos, ainda que seja descontínua em seu exercício” (CASTRO, 2016, p.315), bastaria que o usuário achasse que estava sendo vigiado para se comportar de forma adequada. No entanto, no TDO, a vigilância se dá na fugacidade de um encontro (ele só é vigiado no momento em que está tomando a medicação), ainda que seja contínua em seu exercício, isto é, regular em sua prática, pois há a necessidade de comparecimento na unidade de saúde cinco vezes na semana. O monitoramento do TDO se configura, então, como uma vigilância que se inscreve no campo político, no qual as relações de poder do profissional de saúde têm ação imediata sobre a pessoa doente. Ocorre que, hoje, esses mecanismos disciplinares não operam pela sujeição do corpo à obrigatoriedade em obedecer, mas também na produção de subjetividades, que se relacionam com a atitude do indivíduo em tomar um discurso como uma verdade (FOUCAULT, 2010). Creio ser produtivo, hoje, pensarmos que, apesar de o TDO ser a principal estratégia para o enfrentamento da TB, ele ainda é uma recomendação dos *Manuais*. Em momento algum ele surge

como uma obrigatoriedade ou um compromisso da pessoa que está em tratamento, isso porque o ideal de saúde desejado transita pela livre escolha do indivíduo. Pela racionalidade neoliberal atual, o desejo em se manter vivo, bem como o dever de proteger a população do risco da contaminação sai da esfera disciplinar (porque os mecanismos disciplinares propostos não conseguem dar conta da complexidade das situações de vida existentes) e pretende atingir a esfera do desejo. Ou seja, em nome de um determinado modo de ser e pensar individual, o sujeito doente deveria ser capaz de agir para controlar a TB. O que vemos, dados os números crescentes de infecção, é que nem um – dispositivo disciplinar – nem outro – desejo individual - tem conseguido mudar práticas e o quadro epidemiológico atual a respeito da TB.

Por fim, destaco que o protagonismo do enfermeiro no enfrentamento da TB, citado nas recomendações dos *Manuais*, se relaciona com o seu papel de educador em saúde. E, se pensarmos que a educação em saúde pressupõe a realização de intervenções e o incentivo a comportamentos ideais, em conformidade com regras institucionais, legislações e políticas públicas, podemos compreender que o próprio enfermeiro se configure como um importante mediador das disciplinas e dos comportamentos necessários (MEYER et al.; 2018). Sendo assim, é importante considerar, aqui, que esse protagonismo do enfermeiro não é algo *a priori* ou natural da profissão, mas é igualmente produzido por discursos que o inscrevem na racionalidade atual da Promoção da Saúde. O que nos leva a admitir que nossas condutas, enquanto profissionais, possam estar a serviço de um determinado governo, por diferentes crenças ou até mesmo por saberes instituídos em um momento histórico (FOUCAULT, 2008).

6.3 Estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde

Em relação ao terceiro eixo analítico, podemos observar, conforme os excertos abaixo e a seguir, o quanto os textos dos *Manuais* se ancoram em indicadores epidemiológicos e cálculos de definições operacionais de forma a inscrever a TB como um problema de saúde pública mensurável. A intenção é mostrar comparativamente a situação epidemiológica da doença no cenário nacional em relação à ocorrência da mesma em outros países:

INTRODUÇÃO

(...) O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de TB (...) e coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes. (...). Esses indicadores colocam o Brasil na 19a posição em relação ao número de casos e na 104a posição em relação ao coeficiente de incidência (WHO, 2009). (...). É importante destacar que anualmente ainda morrem 4,5 mil pessoas por tuberculose, doença curável e evitável. (...). Foram consideradas metas de impacto reduzir, até o ano de 2015, a incidência e a mortalidade pela metade, em relação a 1990. (...) (BRASIL, 2011a, p.19)

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Sintomáticos Respiratórios Esperados - SRE: é o número de sintomáticos respiratórios que se espera encontrar em um determinado período de tempo. Para fins operacionais, o parâmetro nacional recomendado é de 1% da população, ou de 5% das consultas de primeira vez de indivíduos com 15 anos ou mais nos serviços de saúde (1%-2% na Estratégia Saúde da Família, 5% na Unidade Básica de Saúde e 8%-10% nas urgências, emergências e hospitais). (BRASIL, 2011a, p.24)

O destaque dado a esses cálculos - que se utilizam do conhecimento estatístico para determinar a melhor forma de intervir em uma doença – indica o quanto a medicina contemporânea se utiliza das mesmas estratégias discursivas que foram cruciais para a formação da medicina social no Século XVIII (FOUCAULT, 2018c). Naquela época, o Estado, mediante a necessidade de manter “a saúde de todos como urgência para todos” (FOUCAULT, 2018c, p.298), passou a elaborar intervenções para “fazer viver” a população (FOUCAULT, 2017a). Tais intervenções, que se davam em nível biológico e tencionavam regular a ocorrência de doenças ocasionadas pelas condições socioambientais da época, se configuram por um biopoder e uma biopolítica (FOUCAULT, 2017a).

O conceito de biopoder, formulado por Foucault (2017a), nos possibilita problematizar certos discursos no âmbito da saúde, construídos com base em dados e evidências quantitativos, direcionados à prevenção de doenças e à Promoção da Saúde. Uma forma de problematizar é cruzar as técnicas de poder relacionadas ao enfrentamento de uma doença, no corpo individual, com aquelas direcionadas à totalidade da população, como possibilidade para pensarmos a existência de estratégias biopolíticas sobre o corpo e a saúde (FURTADO, 2010). É nesse sentido que, nesse Capítulo, exploro algumas ideias produtivas para pensarmos, nessa dissertação, o quanto os discursos sobre Adesão Terapêutica se configuram como estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde.

Para tal, a primeira questão a pontuar é o quanto a utilização de dados quantitativos - números, percentuais, indicadores e metas -, baseados na lógica estatística de buscar a verdade e a objetividade, tem a intenção de padronizar, através dos elementos matemáticos de confiabilidade, o desconhecido como conhecimento universal (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016). Por isso, a importância do discurso da vigilância epidemiológica, no atual paradigma biomédico, que faz com que o planejamento das ações de controle da TB seja realizado com base no enfoque do risco. Ocorre que a utilização inquestionável desse poderoso discurso da ciência quantitativa reduz os efeitos deletérios dos processos decorrentes de desigualdades sociais, culturais e econômicas (SOUZA, MEDEIROS, 2018). Levando-nos a pensar que a realização de ações e procedimentos pontuais, em nível local, por parte do trabalhador de saúde, baseadas em protocolos, possa ter suficiente resolutividade para impactar na redução da incidência de uma doença fortemente associada a contextos de pobreza e situações de vulnerabilidade (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017; WHO, 2018; BRASIL, 2017b).

Podemos observar também, conforme excerto abaixo, o quanto o problema da TB ganha magnitude em discursos que destacam o risco de morte representado pelo indicador de mortalidade por TB. Esses indicadores, como o número de casos novos e de óbitos pela doença, servem como suporte para o estabelecimento de metas estabelecidas pelos órgãos competentes por parte dos serviços de saúde:

O PROBLEMA DA TUBERCULOSE NO MUNDO

Estima-se que em 2015 cerca de 10,4 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose (TB), 580 mil na forma de TB multirresistente (...) e 1,4 milhão morreram da doença. Índia, Indonésia e Nigéria (...) ao lado da China, Paquistão e África do Sul, foram responsáveis por 60,0% dos novos casos de tuberculose no mundo. A região das Américas representa cerca de 3,0% da carga mundial de tuberculose (...) em nações como Brasil (33,0%), Peru (14,0%), México (9,0%) e Haiti (8,0%), países com a maior carga. (...) Em relação aos desfechos de tratamento, em 2014, o percentual de sucesso de tratamento foi de 83% entre os casos novos e recidivas, 52% entre os casos de TB multirresistente e 28% entre os casos de TB com resistência extensiva a drogas(...). Em 2000, 189 países firmaram compromisso para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade. Isso se concretizou nos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que deveriam ser alcançados até 2015. A TB foi contemplada no sexto objetivo, tendo como meta deter o aumento da incidência da doença. Em consonância com os ODM, a OMS também estabeleceu metas para serem alcançadas em 2015: reduzir em 50% a taxa de incidência e mortalidade se comparados aos valores de 1990. (...) A Estratégia tem como visão “Um mundo livre da tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento devido à tuberculose” e por objetivo o fim da epidemia global da doença. As metas, para cumprimento até 2035, são: reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes; e reduzir o número de óbitos por tuberculose em 95%. (BRASIL, 2019, p.31)

A utilização de números e indicadores (estratégias discursivas do campo epidemiológico), em associação aos cuidados necessários ao controle da TB, se constituem naquilo que Sacchi dos Santos (2002) chama de *episteme da quantificação*: “os números são, de forma geral, um modo de governar. (...) embora não sejam pessoas (indivíduos), podem dizer muito delas; não só as produzindo, como também as regulando nessa produção” (p.38). Essa associação favorece que o ideal do controle da TB tome materialidade pelo cumprimento de metas na lógica gerencialista (CASTIEL; XAVIER; MORAES). Esta lógica pressupõe que, a partir de mudanças no modelo de gestão, será possível evitar a ocorrência de doenças e melhorar a saúde. Só que essa crença se baseia em uma racionalidade neoliberal, na qual a criação/utilização de estratégias de prevenção de doenças e manutenção da saúde devem ser priorizadas pela sociedade através da adoção de comportamentos saudáveis (LUPTON, 1995). A partir disso, podemos pensar que os discursos sobre Adesão Terapêutica não necessariamente existam apenas com o objetivo de manter a saúde, de forma igualitária para todos, mas também, para o exercício de um cuidado na lógica do gerenciamento dos riscos, por exemplo. Este pressupõe que o profissional de saúde ensine modos de se manter saudável, partindo do pressuposto de que todos os sujeitos sejam capazes de (ou estejam interessados em) aprendê-los. O que implicaria entender que a saúde seja uma prioridade para todos (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016).

Sendo assim, podemos pensar que a crença nos riscos é um dos elementos constitutivos dos discursos da Promoção da Saúde (BRASIL, 2014) e se insere no contexto do imperativo da vida, tal como foi abordado por Foucault (2008). Um imperativo que, ao “fazer viver”, objetivo do biopoder, insere a saúde da população como alvo do poder político e marca do pensamento liberal. A vida, portanto, passa a ser o centro das estratégias biopolíticas e a operar a partir dos objetivos de governo/governamentalidade (ALFREDO, 2011; FOUCAULT, 2008).

Por isso, quando a definição de Adesão Terapêutica envolve um processo colaborativo, negociado entre profissional e usuário em tratamento, mesmo que essa pessoa esteja em uma situação de vulnerabilidade que a impeça de colaborar, me questiono: essas estratégias biopolíticas de governo dos profissionais e usuários para o controle da TB, atualmente, se propõem a “fazer viver” igualmente todas as vidas?

6.3.1 “Fazer viver” determinadas vidas

Conforme trechos a seguir, observamos recomendações de que os princípios básicos do tratamento devem priorizar o atendimento e diagnóstico dos casos com TB pulmonar bacilífera, pois eles são os casos responsáveis por manter a cadeia de transmissão da doença:

PRINCÍPIOS BÁSICOS DO TRATAMENTO

O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da tuberculose, uma vez que permite anular, rapidamente, as maiores fontes de infecção. Poucos dias após o início da quimioterapia correta, os bacilos da TB praticamente perdem seu poder infectante. (BRASIL, 2002a, p.19)

Tal recomendação, mesmo que baseada na epidemiologia do risco da transmissão da doença, torna-se produtiva para problematizar questões que se fazem urgentes ou, conforme Foucault (2014), se configuram como uma potente possibilidade para se pensar diferente da forma como pensamos os problemas do nosso tempo. Problematizar não se relaciona à emissão de um juízo de valor, no sentido de se opor à afirmação de que o tratamento dos casos bacilíferos seja efetivo para quebrar a cadeia de transmissão da doença. O que tenciono é refletir sobre o quanto essa afirmação pode se configurar como uma estratégia biopolítica de manutenção de “algumas vidas” em detrimento de outras. A problematização que proponho parte do que Castiel e colaboradores (2016) chamam de “cinismo” na saúde, ou seja, o quanto a crença na ciência quantitativa, ao servir aos interesses econômicos e políticos, utiliza práticas sanitárias incapazes de enfrentar demandas que, geralmente, decorrem das desigualdades produzidas pelo próprio sistema econômico e político. Isto é, a afirmação de que os altos índices de TB, em contextos de pobreza e situações de vulnerabilidade, em um país com uma das maiores desigualdades de renda do mundo (SOUZA; MEDEIROS, 2017), decorre da ineficiência do Estado em prover determinados grupos sociais de condições básicas de sobrevivência (WHO, 2018; WHO, 2019) surge como argumento para pensarmos que o controle da TB se dá por práticas cínicas (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 20016). Isso porque tal afirmação implicaria, caso o proposto fosse realmente o controle da TB, na admissão de que outros elementos, como mudanças estruturais, incentivos governamentais, pudessem ser mais efetivos do que práticas de saúde baseadas em protocolos e no cumprimento de metas (ANDRADE et al.; 2018). Estudo realizado em vários Estados brasileiros

demonstrou que o benefício de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, teve efeito direto na Adesão ao Tratamento da TB (OLIOSI, et al.; 2019).

No entanto, apesar disso, o cinismo na saúde permanece/cresce/floresce, pois a lógica gerencialista não prevê mudanças estruturais e investimentos financeiros no setor saúde, pois se debruça exclusivamente em mudar os planos, estratégias e metas (WHO, 2018; WHO, 2019; BRASIL, 2017b). Assim, sempre que as recomendações de determinado plano não se mostrem efetivas para o alcance das metas estabelecidas, novas metas são formuladas para substituir as não atingidas. Esse mecanismo gerencialista, necessário à racionalidade neoliberal vigente, serve como suporte para a manutenção da ideia de que as práticas de saúde podem ser efetivas para o enfrentamento da TB - como algumas ainda são - desde que: realizadas por profissionais “capacitados” (ALEXANDRE et al.; 2016), sobre um doente supostamente “obediente e preocupado com sua saúde” (BERALDO et al., 2017; ROSE, 2016) e capaz de superar situações de vulnerabilidade sem necessidade de intervenção do Estado (CATELLANOS; BAPTISTA, 2018; BARRETO et al.; 2018; LARROQUE; SANTOS, 2015; SAN; OLIVEIRA, 2013; LOPES et al, 2014).

Nesse contexto, a recomendação de priorizar o tratamento dos bacilíferos³¹, não se configura em uma iniciativa para fazer viver homens jovens e negros, pessoas em situação de rua, vivendo com HIV ou extremamente pobres e, sim, como uma estratégia biopolítica, de manutenção e proteção da saúde da população saudável (pessoas brancas, jovens, produtivas, capazes de produzir e consumir). Além disso, as estratégias biopolíticas de “fazer viver” determinadas vidas são colocadas em funcionamento por discursos que se ancoram no dever moral. O que parte do pressuposto que a doença de determinado indivíduo decorre mais de seus hábitos (uso de drogas ilícitas, álcool, privação de liberdade por crime cometido) do que em função das (péssimas) condições de vida que tem para se tratar (MAFFACCIOLLI, OLIVEIRA, BANDER, 2017; MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA, 2018). Em contrapartida a população saudável, que pode priorizar a sua saúde com a adoção de hábitos saudáveis, se torna merecedora da proteção do risco da contaminação.

³¹ A concentração dos casos de TB, bem como o maior número de abandonos de tratamento se concentram nas populações vulneráveis: pessoas em situação de rua, vivendo com HIV AIDS, vivendo em contextos de pobreza. Esses são os casos que se mantêm bacilíferos por má adesão ao tratamento (BRASIL, 2019).

Além disso, priorizar o atendimento dos casos bacilíferos implica colocar em segundo plano o tratamento das pessoas doentes com TB extrapulmonar ou com TB com baciloscopia negativa (que não oferecem risco de transmissão da doença). Tal aspecto se dá mediante a possibilidade da não utilização da principal ferramenta para o controle da TB aos casos não bacilíferos, em oposição à recomendação contumaz àqueles bacilíferos:

OS CASOS QUE DEVEM SER TRATADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

O tratamento dos casos novos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva poderá ser iniciado por um profissional capacitado. (BRASIL, 2002a, p.21)

Para os casos novos das formas pulmonares com exames de escarro negativos, ou os casos de TB extrapulmonar, com confirmação diagnóstica (...), o regime poderá ser ou não supervisionado. (...). Os casos bacilíferos devem ser acompanhados e tratados nas UBS. (BRASIL, 2002a, p.22)

A flexibilização do TDO se configura também como uma estratégia biopolítica de “fazer viver” determinadas vidas em detrimento de outras, a partir da valorização da ciência do risco (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016). Pois, caso o objetivo fosse curar todo (e qualquer) indivíduo doente de TB, não haveria precedente para a não supervisão do tratamento dos casos de TB não bacilífera ou extrapulmonar. Afinal de contas, esses casos não oferecem risco à população, pois não transmitem a doença.

6.3.2 A segurança da população saudável

Os discursos em prol da necessidade de garantir a segurança da população, conforme trechos abaixo, se dão através de ações profissionais para evitar o risco de contaminação da TB. Essas ações recomendam que os profissionais busquem novos casos da doença na população geral, identifiquem e cuidem das pessoas suspeitas:

À PROCURA DE CASOS DE TUBERCULOSE

Quanto maior o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de equipes com profissionais capacitados desenvolvendo as ações de controle da tuberculose, mais abrangente poderá ser a procura de sintomáticos respiratórios nos serviços de saúde e nas comunidades, mais rápido o início do tratamento dos casos descobertos, mais adequada a supervisão direta do tratamento, garantindo a cura do doente e conseqüentemente mais rápida a interrupção da transmissão. (BRASIL, 2002a, p.11)

TRIAGEM E AVALIAÇÃO DOS SUSPEITOS DE TUBERCULOSE NA DEMANDA DA UNIDADE DE SAÚDE

A avaliação dos sintomáticos respiratórios - SR na demanda dos serviços deve fazer parte da rotina diária da unidade de saúde com o objetivo de identificar e atender os suspeitos de tuberculose, o mais rapidamente possível. Essa medida de controle pode reduzir a exposição dos profissionais e de outras pessoas que circulam na unidade de saúde. Essa rotina deve: incluir sala de espera para atender suspeitos, contatos e doentes com TB, preferencialmente aberta e bem ventilada; evitar o acúmulo de pacientes na sala de espera, estabelecendo o escalonamento das consultas ao longo do turno ou mesmo por meio de consultas com hora marcada ou escalonadas; evitar atendimentos de pacientes sob suspeita de tuberculose em salas contíguas com outros pacientes portadores de imunossupressão. (BRASIL, 2011b, p. 31)

Também se recomenda a identificação de contatos de TB, isto é, pessoas que estão infectadas pelo bacilo da TB, mas ainda não estão doentes. O objetivo dessa ação é a indicação da quimioprofilaxia, que consiste no tratamento medicamentoso para reduzir a chance de desenvolvimento da doença e posterior contaminação de outras pessoas:

QUIMIOPROFILAXIA

Deve ser administrada a pessoas infectadas pelo *M. tuberculosis*, com a isoniazida na dosagem de 10 mg/kg de peso, com total máximo de 300 mg diariamente, durante seis meses. Na atualidade, há consenso de que a quimioprofilaxia deve ser dirigida aos grupos de alto risco de tuberculose, entre estes, especialmente os co-infectados pelo HIV e pelo *M. tuberculosis*. (BRASIL, 2008, p.165)

Conforme excertos abaixo, os discursos recomendam a necessidade de manter a população protegida do risco da doença, também, através de Medidas de Segurança. Estas visam intervenções no atendimento da pessoa com TB, a partir da redução do seu tempo de permanência nos serviços de saúde, da delimitação do espaço no qual é permitido a pessoa doente ficar e do melhor horário para atendimento, de forma a evitar que ela permaneça nos mesmos espaços que gestantes, crianças e outros usuários:

MEDIDAS PARA REDUZIR A TRANSMISSÃO DO M. TUBERCULOSIS

Todo ambiente onde circulam pacientes que produzam aerossóis contendo *Mycobacterium tuberculosis* oferece algum risco de transmissão. Destacam-se como foco das medidas de controle o domicílio do paciente, seu local de trabalho e as unidades de saúde nas quais é atendido (em nível ambulatorial, emergencial e hospitalar), além de instituições de longa permanência, como prisões, albergues ou casas de apoio. (BRASIL, 2011a, p.112)

MEDIDAS DE CONTROLE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

O primeiro passo para melhorar a biossegurança institucional em tuberculose é designar uma ou mais pessoas responsáveis por elaborar e monitorar um plano de controle de infecção de TB adaptado às condições da instituição, com auxílio dos responsáveis pelo Programa Estadual/Municipal de Controle da Tuberculose. Para que o plano de controle funcione, a comissão de controle da tuberculose devesse trabalhar com alguns objetivos: avaliar a incidência de tuberculose doença entre os profissionais de saúde da instituição. (...). Avaliar os locais de maior risco de infecção por TB. Identificar os locais que devam dispor de salas de procedimento e isolamentos com proteção adequada para TB. (BRASIL, 2011a, p.113)

Podemos pensar nessas intervenções como estratégias biopolíticas que, por mecanismos disciplinares³² esquadriham o corpo individual no tempo e no espaço, de forma a garantir a segurança daqueles que não estão doentes. Isto é, não basta apenas a identificação e tratamento dos casos da doença, mas sim colocar em funcionamento mecanismos que nos permitam acreditar que o cuidado recomendado seja potencialmente capaz de curá-los. Em *Segurança, Território, População*, Foucault (2008) explorou a noção de dispositivo de segurança, como um mecanismo decorrente do surgimento do biopoder, em que aspectos da vida biológica de uma população passam a ser inscritos “numa estratégia geral de poder” (p. 3). No caso da hanseníase, por exemplo, na Europa do Século XVI, foram aplicados mecanismos de exclusão que mantinham os doentes fora dos limites da comunidade, o que atribuía um caráter negativo à doença. Já, diferentemente, para as pessoas acometidas pela peste, eram aplicados novos mecanismos disciplinares, o que atribuía um caráter positivo, no sentido de inscrição desta doença como objeto de observação e vigilância que contribuía para a formação de um saber (SÁ; SIQUEIRA, 2013). Por isso, considerar as medidas de prevenção da TB como dispositivos de segurança significa entendê-las não como um sistema legal ou jurídico, no qual há uma lei e uma punição. Neste caso, significa inseri-la como um fenômeno (número de casos de TB), numa “série de acontecimentos prováveis” (FOUCAULT, 2008, p. 9), isto é, estabelecer uma média que esteja dentro dos limites do aceitável. Os limites do aceitável, a partir do qual seria possível reduzir o risco de transmissão da doença e garantir a segurança da população,

³² Por diversas vezes, no transcorrer de suas obras, Foucault afirma que os mecanismos jurídicos legais, os mecanismos disciplinares e os de segurança não existem separadamente, cada um a seu tempo. É impossível separá-los, pois eles coexistem: o suplício da Idade Média também tinha uma função disciplinadora, da mesma forma que os sistemas disciplinares também eram da ordem da segurança (FOUCAULT, 2008).

é a manutenção da incidência dos casos da doença em menos de 10 casos/100 mil hab (BRASIL, 2017b).

Ainda sobre os mecanismos que visam garantir a segurança da população, conforme os trechos selecionados abaixo, estão os sistemas de informações em saúde. Através deles, a informação coletada e notificada em instrumentos específicos, deve ser registrada para ser, posteriormente, analisada. Aqui também se destaca a necessidade de registro na carteira de tratamento e da evolução terapêutica em prontuário de supervisão do TDO:

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

O SINAN tem por objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, através de uma rede informatizada. (...). (BRASIL, 2002a, p.39) (...) Ressalta-se que as informações sobre o acompanhamento do caso deverão ser regularmente atualizadas apenas pelo município que está acompanhando atualmente o paciente, e não pelo município de residência. O município de residência atualizará esses dados somente após o encerramento do caso. (...). (BRASIL, 2002a, p. 40)

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

(...) A avaliação das medidas de controle permite estimar a extensão do alcance das metas e objetivos planejados e, para tal, é importante que estes tenham sido definidos previamente e que indicadores epidemiológicos e operacionais tenham sido estabelecidos para a estimativa dessas metas. (...). O *Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de Tuberculose* e o *Livro de Laboratório* (...) permitem acompanhar a evolução e o resultado do tratamento dos doentes e analisar os resultados e a qualidade das atividades de controle desenvolvidas nas unidades básicas de saúde (...). (BRASIL, 2002a, p.48)

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação em saúde são ferramentas da gestão e de gerenciamento de sistemas e serviços de saúde. Devem ser realizados periodicamente e precedidos de orientação local ou regional com cronograma regularmente preestabelecido (...). O monitoramento e a avaliação são atividades obrigatórias do enfermeiro, que irão auxiliar os profissionais na (re)organização do processo de trabalho, objetivando a melhoria na qualidade da assistência dos serviços ofertados à população afetada pela tuberculose. (BRASIL, 2011b, p.108)

Os sistemas de Informação em Saúde podem ser considerados como mecanismos de vigilância que possibilitam mensurar, dimensionar, conhecer a realidade em termos numéricos e determinar uma verdade acerca de determinado agravo (BLESMANN, 2010). Essa necessidade de registrar tudo o que é feito o tempo

tudo tem o objetivo, justamente, de registrar, avaliar, supervisionar, monitorar e nos dar a sensação de domínio de algo até então desconhecido. A ideia é que essas inúmeras ferramentas e formas corretas de proceder - tecnologias distributivo-organizativas (ROCHA, 2000) -, sejam capazes de nos manter em segurança. Nesse aspecto, Deleuze (1992) desenvolve o conceito da “sociedade de controle”, na qual o espaço fechado dos hospitais, das escolas e das prisões, que ordenavam o corpo no tempo e no espaço da sociedade disciplinar, dá lugar ao campo aberto, no qual se dá a interpenetração dos espaços e a formação de redes, justamente por ausência de limites definidos.

Diante da definição de Adesão Terapêutica como um processo no qual a pessoa em tratamento deve colaborar e o profissional, diante de uma doença infectocontagiosa, deve conscientizá-lo e ao mesmo tempo respeitá-lo em suas decisões (BRASIL, 2019), me questiono: Por que a necessidade de tanto controle? A partir dessa questão, podemos pensar que a importância e o valor dados ao constante registro e processamento de diversas informações - como o número de casos novos de TB, local de notificação (ocorrência), tipo de encerramento do caso (cura ou abandono), entre outras - se configuram como outra estratégia biopolítica para garantir a segurança da população. Isto é, o que está em jogo é a identificação de um padrão de ocorrência da doença inserido num tecido social (FOUCAULT, 2008). Não porque, nos locais onde se concentram os casos da TB, se deseje intervir com mudanças estruturais ou incentivos financeiros, mas sim porque o conhecimento desses locais também permite identificar quais outros locais seriam mais seguros (com menor número de casos da doença) para se proteger do risco de contaminação.

6.3.3 A ênfase discursiva na “população vulnerável”

Podemos observar, nos excertos do *Manual* publicado em 2019, a emergência de discursos que enfatizam a necessidade de priorização das ações de controle da TB nas chamadas “populações especiais”, as quais foram reunidas no grupo denominado de “população vulnerável”. Esse discurso se associa à ideia de que, a partir dessa priorização de um determinado grupo populacional, seria possível atingir a nova meta, que consiste na eliminação da TB até 2035, visto que os casos da doença se concentram nesse grupo:

APRESENTAÇÃO DO MANUAL

A nova estratégia global reforça e recomenda a busca pela articulação com outros setores, a priorização das populações mais vulneráveis, o apoio da sociedade civil e dos segmentos organizados da sociedade, dentre eles os legisladores de todos os níveis e os demais formuladores de políticas públicas sociais e de saúde, pois o esforço de eliminação requer trabalho e investimentos acrescidos, a exemplo de outros agravos que a humanidade conseguiu eliminar ou erradicar, como a peste e a varíola. (BRASIL, 2019, p.23)

(...) O Brasil vem buscando nas articulações intersetoriais a resposta para a epidemia concentrada que temos em algumas populações, especialmente na população indígena, na população privada de liberdade, nas pessoas em situação de rua, nas pessoas vivendo com o HIV e naqueles vivendo em situação de extrema pobreza, todos com riscos aumentados de desenvolver a doença. (BRASIL, 2019, p.23)

O PROBLEMA DA TUBERCULOSE NO BRASIL

O Brasil não possui uma epidemia generalizada, mas concentrada em algumas populações, como as pessoas que vivem com HIV (PVHIV), em situação de rua, privadas de liberdade (PPL), a população indígena e pessoas que vivem em aglomerados e em situação de pobreza. Apesar de todos os avanços ocorridos nos últimos anos, o país está longe da meta estabelecida na Estratégia pelo Fim da TB até 2035. (BRASIL, 2019, p.35)

Para tal, buscou-se reagrupar as chamadas populações especiais de forma a incluí-las em um grupo maior - população vulnerável - pelo critério de maior risco de adoecimento por TB. Ocorre que a aplicação deste critério como condição suficiente para reagrupar um conjunto de pessoas (singulares) por pressupor uma (e desconsiderar outras) características comuns, contribui para fortalecer ainda mais o preconceito relacionado à doença. Isso porque as características utilizadas para considerar diferentes individualidades como “população vulnerável” decorrem de questões culturais, de condição a uma determinada doença, de fragilidades devido às desigualdades sociais ou de valor moral por infração de lei³³. Ao reuni-los sob uma mesma denominação em como um único grupo, produzem mais preconceitos sociais e, infelizmente, ainda, prejulgamentos por parte de alguns profissionais de saúde.

No caso da população indígena, esse juízo de valores incluiria a ideia de que essa população seria “naturalmente” mais predisposta à TB a partir de uma perspectiva de “inferioridade” ou “incapacidade” cultural. Esta por sua vez, justificaria a sua submissão a marcas traumáticas extremas, decorrentes da época do “descobrimento”

³³ Populações Especiais se referem à população indígena, pessoas privadas de liberdade (PPL), pessoas vivendo com HIV Aids (PVHIV), pessoas em situação de rua (PSR), pessoas vivendo em extrema pobreza (BRASIL, 2019).

que repercutem até hoje na sua sobrevivência física e cultural (AMARANTE; COSTA, 2000). Ou ainda, na perspectiva de uma condição cultural que seria geradora de uma forma inadequada de se comportar, a qual estaria relacionada com a negação em tomar os medicamentos que não fossem naturais, feitos à base de ervas, por exemplo. Fato que não pode ser generalizado, pois apesar das diferenças entre alguns modelos de concepção saúde-doença da população indígena, a maior parte das etnias entende que a TB é causada por micróbios que exigem a tomada de medicamentos, o que vai ao encontro do modelo do atual paradigma biomédico (WELCH; COIMBRA-JÚNIOR, 2011). No entanto, o que está implicado no maior risco de adoecimento e na maior taxa de mortalidade da população indígena em relação à população geral são, justamente, as precárias condições de vida (FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011) geradas pelas mudanças de hábitos culturais, de mudanças em relação ao uso e disponibilidade da terra, ao trabalho, à urbanização e à incorporação de “novos” hábitos alimentares decorrentes dos “avanços” da sociedade capitalista (SANTOS; COIMBRA-JÚNIOR, 2003).

Além do mais, gostaria de abordar minimamente a ampla discussão que envolve a utilização do termo vulnerabilidade, em que diversos campos temáticos - Bioética, Saúde Mental, Saúde Ambiental, Epidemiologia, Saúde Coletiva, Direito, Sociologia, Antropologia, etc - abrem precedentes para diferenciar pessoas vulneráveis de pessoas em situação de vulnerabilidade (SEVALHO, 2018). Essa diferenciação cria condições para a sua utilização estratégica, de acordo com determinados campos discursivos e objetivos (AYRES et al.; 2003). Ao utilizar a expressão “população vulnerável”, a partir do campo da Epidemiologia, pretende-se construir um entendimento de vulnerabilidade em aproximação com o conceito de risco. Este, por sua vez, inscreve-se como um saber emergente que viabiliza uma forma de avaliar processos vitais na população, a fim de governar sujeitos através de estratégias de correção, exclusão, normalização e disciplinarização (FOUCAULT, 2008). Nesse sentido, qualificar de “vulnerável” a população se configura como uma estratégia biopolítica de tendência neoliberal, em concordância com alguns dos pressupostos da Promoção da Saúde. Esses pressupostos produzem discursos que buscam potencializar a ideia de que intervenções de saúde, através do empoderamento do sujeito, seriam suficientes para que ele (sujeito) não mais fosse vulnerável ao risco de adoecimento (AYRES et al.; 2006). Da mesma forma que a adoção de um estilo de vida se articula, no contexto da

Epidemiologia, a uma ideia de possível redução de exposição a riscos (AYRES, et al.; 2006; SEVALHO, 2018).

A partir do exposto, a ênfase discursiva em torno da “população vulnerável” cria as condições de possibilidade para que a ocorrência de uma doença seja considerada como um acontecimento probabilístico. Por fim, arriscaria a dizer que, caso a denominação de diferentes grupos em “população vulnerável” não se configurasse como estratégia biopolítica, o discurso que talvez estivesse vigente (e visível) seria o do campo do Direito. Pois, em se tratando da TB, a “superação das situações de vulnerabilidade”, em oposição “ao empoderamento do sujeito em não ser mais vulnerável” se relacionaria à garantia de cidadania de populações politicamente fragilizadas, na perspectiva dos direitos humanos (AYRES et al.; 2003; AYRES et al.; 2006). Se assim fosse, essa perspectiva dos direitos humanos teria mais efeito como discurso capaz de particularizar relações, em vez de generalizar inferências (SEVALHO, 2018). Particularizar relações porque a identificação de características comuns - como ocorrência de uma doença ou condição socioeconômica desfavorável em determinado grupo - não tem a potencialidade para reduzir a influência dos fatores subjetivos no enfrentamento da TB (WHO, 2003; ANDRADE, 2014). E, da mesma forma, a generalização de inferências (reagrupamento por características comuns), por sua vez, vão ao encontro de um poder sobre a vida, que não a dos seres humanos em suas singularidades, mas nas suas marcações biológicas mensuradas e agregadas enquanto populações (FOUCAULT, 2008; CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016).

Outro ponto que creio ser produtivo para a problematização acerca do uso da expressão “população vulnerável” é o quanto a ação de separar, da população geral, grupos de pessoas com características diferentes, pode estar relacionado a um discurso racista (MBEMBE, 2016; FOUCAULT, 2018b). Afinal, o racismo atua como uma tecnologia que permite o exercício de um poder que regula a distribuição da morte e torna possível as funções assassinas do Estado³⁴. Por funções assassinas do Estado, nesta pesquisa, poderíamos entender as ineficientes ações governamentais no provimento de condições básicas de vida que vulnerabilizam as pessoas com TB e que poderiam ser evitadas. A partir disso, podemos compreender uma inversão, no sentido

³⁴ As funções assassinas do Estado se configuram como as inúmeras desigualdades geradas, dentre outras causas, por um sistema econômico excludente e perverso para com determinados grupos populacionais que sofrem diariamente muitas privações devido a questões ditas raciais (LAGES, 2015).

de que o maior risco de adoecimento da “população vulnerável” não decorre “naturalmente” do pertencimento a uma determinada etnia, ou por ter uma doença prévia e, sim, por violação de direitos humanos básicos (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017). O racismo de Estado, para Foucault (2018b), atua num ponto de corte entre o que deve viver (tem recursos para tal) e o que deve morrer (desprovido de recursos para a vida), no interior de uma mesma população, no momento em que segrega um grupo em relação a outros, diferentemente das fragmentações e cesuras biológicas em que o biopoder atua para fazer viver (FOUCAULT, 2018b).

Esses aspectos acima podem ser melhor compreendidos quando se trata da população privada de liberdade, pois, conforme trechos abaixo, os fatores próprios do encarceramento, como celas superpopulosas e falta de acesso aos serviços médicos dentro da prisão, não somente dificultam o controle da TB, como também contribuem para a disseminação da doença:

POPULAÇÕES ESPECIAIS

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A ALTA ENDEMICIDADE DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

Fatores relacionados aos indivíduos e sua condição de vida antes do encarceramento: População jovem, predominantemente masculina, de baixa escolaridade, oriunda de comunidades desfavorecidas com maior ocorrência de TB. Uso de drogas ilícitas, maior prevalência de infecção pelo HIV. (...). Fatores relacionados ao encarceramento: Celas superpopulosas, mal ventiladas e com pouca iluminação solar. (...) Dificuldade de acesso aos serviços de saúde na prisão. (BRASIL, 2011a, 142)

CONTROLE DA TB ENTRE AS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

Múltiplos obstáculos dificultam a implementação de estratégias de controle nas prisões: a subvalorização dos sintomas em um ambiente violento, onde a preocupação com a sobrevivência é prioritária; (...) a falta de recursos humanos e financeiros, a inadequação dos serviços de saúde e a dificuldade de acesso decorrente da priorização, pelas autoridades penitenciárias da segurança em detrimento da saúde (...). (BRASIL, 2011a, 142)

Nessa situação desumana das casas prisionais, questiono: a inexistência ou deficiente assistência à saúde, enquanto problema de administração estatal, não seria uma forma de “fazer morrer” ao invés de “fazer viver”? Seguindo Mbembe (2016), as estratégias de poder que “fazem morrer” (ao invés de simplesmente “deixar morrer”) tem por função regular a distribuição da morte e tornar visível as funções assassinas do Estado. Ao invés de atuar enquanto uma Biopolítica, realizam a Necropolítica (MBEMBE, 2016). Nesse sentido, estar preso por ter cometido um crime, violar leis,

entre outras imputabilidades, permitem e justificam o “fazer morrer” (MBEMBE, 2016).

Ao analisar, tal aspecto no contexto prisional, Lena (2019) assinala a existência da Necropolítica em substituição à biopolítica foucaultiana, mas também sinaliza o surgimento de uma Biopolítica Perversa no contexto prisional. Através dela, o Estado surge como agente de morte e de vidas precarizadas, que encobrem outras mortes.

Além disso, entendo ser problemática a existência de discursos acerca da população encarcerada, em que ser jovem, negro, do sexo masculino, pobre e de baixa escolaridade signifique ser mais vulnerável à ocorrência de TB (BRASIL, 2011a). Isso porque, em um primeiro momento, poderia naturalizar a ideia de que homens negros e de baixa escolaridade fossem mais suscetíveis³⁵, bem como naturalmente mais populosos dentro das prisões, o que tende a desconsiderar que a maior incidência de várias doenças, bem como maior taxa de mortalidade nessa população (BATISTA, 2005; SILVEIRA et al; 2006) decorre principalmente das desigualdades sociais (SOUZA; MEDEIROS, 2017;) e da falta de acesso aos serviços de saúde (BATISTA, 2005). Nesse sentido, podemos ainda problematizar que a TB, como um dos agravos de saúde mais prevalentes na população negra, devido a piores condições socioeconômicas (IBGE, 2010 a; IBGE, 2010b), é agravado pelo racismo institucional presente no atendimento dessa população (LAGES et al.; 2017). Racismo institucional pode ser entendido como um conjunto de dispositivos de biopoder que gerenciam a vida da população sob um olhar racial, que se desenvolvem através das inúmeras situações em que, durante o atendimento nos serviços de saúde, no cotidiano das instituições, se tem uma desigualdade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial (LÓPEZ, 2012).

Em relação a esses aspectos, Lima (2018) propõe que hoje coexistam, de forma a se acoplarem, os diagramas de poder-soberania-disciplina-biopoder-biopolítica-necropolítica, que se configuram no que a autora denomina de Bio-necropolítica. Em sua análise, a Bio-necropolítica permite compreender as relações de saber e poder que se dão na contemporaneidade no contexto dos países colonizados, nos quais

³⁵ O que não seria de todo uma falácia, caso a democracia racial também não fosse mero dispositivo biopolítico da nacionalidade brasileira (SILVA, 2017).

permanecem fortes traços da exploração da população de cor negra. Nessa lógica, diferentemente da Biopolítica, nesses países, não é a vida o foco das relações de poder atuais e sim a morte e a possibilidade do matável que surgem como organizadores das relações sociais (LIMA, 2018). Por isso, no contexto da população privada de liberdade, o “fazer morrer” diariamente nas prisões confere aos presos o status de vidas que não importam (MBEMBE, 2016).

6.3.4 A superação da pobreza como ordenadora do discurso

No ano de 2019, podemos observar, de acordo com os trechos abaixo, a apresentação de uma nova meta nos *Manuais*: a eliminação da TB até o ano de 2035. Os discursos se deslocam da esfera do controle da doença para a o alcance da erradicação da mesma. É a primeira vez também que se assume formalmente, em um *Manual*, que o enfrentamento da TB prescinde de ações que extrapolam o biomédico devido ao seu caráter multidimensional:

APRESENTAÇÃO DO MANUAL

A nova estratégia, além de metas extremamente ousadas, traz o enfrentamento dos determinantes sociais e a inovação como base de seus três pilares. A inovação está presente na atenção centrada nos pacientes, no estímulo crescente à pesquisa e à adoção de novas tecnologias e na introdução de um novo componente capaz de potencializar o efeito das demais medidas: a utilização da proteção social como ferramenta de apoio aos pacientes e às comunidades afetadas. Passa-se, efetivamente, a encarar a tuberculose como um fenômeno multicausal que extrapola o campo biomédico. (BRASIL, 2019, p.23)

Pela primeira vez em décadas, surgem novidades nos campos diagnósticos e terapêuticos: testes rápidos moleculares, novos fármacos desenvolvidos especificamente para o tratamento da TB, inúmeras vacinas preventivas e terapêuticas em fase de desenvolvimento, novos regimes encurtados sendo testados em ensaios clínicos multicêntricos, enfim, em um cenário sempre tão carente de novidades, começa a florescer a esperança. (BRASIL, 2019, p.23)

A estratégia utilizada para o alcance dessa meta extremamente ousada é o enfrentamento dos DSS, através do que o *Manual* chama de intervenções socioeconômicas aliadas à utilização de ferramentas de proteção social. A realização dessas intervenções, ao erradicarem a pobreza, conseqüentemente eliminarão a TB:

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA TUBERCULOSE

A Estratégia pelo Fim da tuberculose propõe a inclusão de intervenções socioeconômicas para prevenir e controlar a doença e também recomenda estratégias de proteção social para os pacientes. Além disso, visa minimizar os altos custos, diretos e indiretos do tratamento, e eliminar o estigma e a discriminação associados a certos grupos populacionais (...). É necessário

que, aliado ao fortalecimento das ações de saúde, haja também o incremento das ações de políticas de inclusão de proteção de direitos, como os programas sociais, para manter a tendência de queda da incidência e mortalidade por TB, bem como evitar o crescimento dos índices de abandono do tratamento na população pobre ou extremamente pobre. (BRASIL, 2019, p.40)

(...) Erradicar a pobreza, em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, aparece como requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. Além disso, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável reafirmam, no seu objetivo 3, a necessidade de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, devendo-se acabar com a epidemia global de tuberculose. (BRASIL, 2019, p.41)

SUPERAÇÃO DA POBREZA

O CadÚnico é um instrumento usado obrigatoriamente para a concessão dos benefícios do Programa Bolsa Família, da Tarifa Social de Energia Elétrica, do Programa Minha Casa Minha Vida, da Bolsa Verde, entre outros. (...). Vale destacar que o Programa Bolsa Família é um programa do Governo Federal que repassa benefício financeiro diretamente às famílias, e elas assumem o compromisso de manter os filhos na escola e fazer o acompanhamento de saúde das crianças, dos adolescentes e das gestantes. Para a superação da pobreza, além da garantia de renda, que promove o alívio imediato, são frentes de ação: a melhoria do acesso a serviços públicos de assistência social, educação, saúde e habitação. (BRASIL, 2019, 302)

Podemos observar que essas recomendações, do *Manual* de 2019, fazem parte de uma estratégia discursiva que indica que a superação da pobreza será a condição para que o sujeito consiga enfrentar as dificuldades das iniquidades socioeconômicas do sistema capitalista contemporâneo (SOUZA; MEDEIROS, 2017). Em uma pesquisa realizada no âmbito econômico com *Estratégias de Superação da Pobreza no Brasil e Impactos no Meio Rural*, aparece que as transformações do capitalismo contemporâneo, ao reduzirem a expectativa de suficiência de emprego para todos, exigiram um esforço permanente de combate à pobreza por outras estratégias. Uma delas foi a utilização de ferramentas de inclusão³⁶ que se mostraram efetivas para melhorar os índices de escolaridade, superar o analfabetismo e aumentar o número de jovens rurais nas universalidades (MELLO, 2018). Essas estratégias de superação da pobreza apareceram, nos países latino americanos, a partir da segunda década do Século XXI, como ações para o enfrentamento de situações como o baixo crescimento econômico (em vez do prometido crescimento da economia), menor inclusão no

³⁶ Esse processo se deu mediante inserção de mecanismos no sistema econômico que possibilitaram a inserção de países via exportação de *commodities*, na qual a intensificação tecnológica depende do não rompimento das desigualdades entre os países mais ricos e os mais periféricos e dependentes (MELLO, 2018).

mercado de trabalho (em vez de expansão deste) e menor disponibilidade de recursos para ampliação da infraestrutura social (em vez de investimento por parte do governo nesses setores). Tal cenário decorre da falta de espaço no capitalismo internacional para intervenções econômicas efetivamente capazes de reduzir a pobreza. A partir disso, outras estratégias com objetivos similares passaram a transitar por uma ampliação das possibilidades e produtividades humanas, em torno da agregação de bens e serviços destinados a superar privações fundamentais, tais como acesso à educação (MELLO, 2018).

No campo discursivo da Educação, o ideal da superação da pobreza se dá por mudanças do papel da escola pública na contemporaneidade. Neste caso, podemos observar discursos da ampliação das funções da escola, a partir de uma redefinição dos conhecimentos escolares como formadores do processo de educacionalização do social (LOCKMANN; TRAVERSINI, 2017). Nesse processo, a convocação incessante ao campo da Educação como solucionador de ampla gama de problemas sociais surge como técnica de governo da população, colocada em funcionamento pela racionalização política atual (LOCKMANN; TRAVERSINI, 2017). Nesse sentido, a escola acaba por proteger alunos que vivem em situação de pobreza ou violência, a partir do aumento do tempo de permanência na instituição, pela oportunidade de realização de atividades esportivas e pela oferta de alimentação, por exemplo.

Esses aspectos se tornam produtivos para pensarmos que a recomendação da necessidade de enfrentamento dos DSS, como condição para superação da pobreza e eliminação da TB, cria as condições para a produção de outros discursos. Estes, por sua vez, evidenciam que outras formas de eliminação da TB sejam necessárias, de forma a suprir o vazio gerado pela falta de políticas de proteção social dos governos neoliberais (BORLINI, 2010). Essa falta de investimento do Estado em políticas públicas, bem como do provimento de recursos capazes de reduzir determinantes estruturais das desigualdades, apesar de serem citados no documento analisado, não encontram espaço no capitalismo neoliberal (BORLINI, 2010). Isso porque a manutenção das desigualdades é necessária para o funcionamento do neoliberalismo, pois sua premissa não se baseia na naturalidade da troca por igualdades e, sim, na lógica da concorrência, na qual a própria gestão racional das desigualdades é a força motriz do sistema econômico (LAZZARATO, 2011; CORRÊA; VIEIRA, 2019). Nesse sentido, Castiel e colaboradores (2016) nos mostram que a convocação dos indivíduos à superação das

dificuldades, pela obrigação de zelar pelo seu autocuidado (conhecendo direitos e cumprindo deveres), parece não levar em consideração que a fragilização dos sistemas sociais de proteção produzem forças opostas como as desigualdades inerentes ao sistema econômico vigente e às situações de vulnerabilidade. Sendo que são, justamente, essas forças que destituem dos indivíduos os recursos necessários para aderirem ao tratamento. A principal estratégia biopolítica presente no contexto da TB, assim, é o incentivo à colaboração na manutenção da vida acima de tudo, partindo do pressuposto de que o indivíduo, por conta própria, consiga superar as fragilidades do sistema:

(...) Mesmo assim, sem pretender eximir as pessoas das responsabilidades por suas ações, importa chamar a atenção para premissas de escalas desse tipo, ao atribuir grande peso aos comportamentos individuais, sem considerar devidamente quanto às subjetividades sofrem grande influência dos processos de individuação situados socioculturalmente. Especialmente em tempos de naturalização de categorias estruturadas por outras ideologicamente compatíveis com as perspectivas globalizadas do neoliberalismo sustentável. (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016, p.41)

Por este motivo, ainda que o *Manual* (BRASIL, 2019) indique, pela primeira vez, que o setor saúde deve enfrentar, para o controle da TB, os DSS, a associação entre a doença e as condições de pobreza já era conhecidas (PINHEIRO; ZANETTI, PAPALI, 2015) e estava silenciada nos *Manuais* anteriores (BRASIL, 2002a; 2008; 2011a; 2011b) por discursos mais legítimos ou mais urgentes (tais como, a capacitação de trabalhadores, a medicalização, a vigilância do território, entre outras). O que vemos, no *Manual* de 2019, é que entrou na ordem do discurso uma estratégia biopolítica que passa a convocar os profissionais de saúde para o enfrentamento dos DSS e a eliminação da TB:

(...) estamos todos aí para lhe mostrar que o discurso está na ordem das leis; que há muito tempo se cuida de sua aparição; que lhe foi preparado um lugar que o honra mas o desarma; e que, se lhe ocorre ter algum poder, é de nós, só de nós, que ele lhe advém. (FOUCAULT, 2014, p.7)

Assim, nessa atual ordem discursiva, as recomendações enfatizam a importância da intersectorialidade e da assistência social, como ferramentas de apoio aos profissionais da saúde para o enfrentamento dos DSS:

APRESENTAÇÃO DO MANUAL

O Brasil vem buscando nas articulações intersectoriais a resposta para a epidemia concentrada que temos em algumas populações, especialmente na população indígena, na população

privada de liberdade, nas pessoas em situação de rua, nas pessoas vivendo com o HIV e naqueles vivendo em situação de extrema pobreza, todos com riscos aumentados de desenvolver a doença. (BRASIL, 2019, p.23)

INTERSETORIALIDADE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

Intersetorialidade pode ser interpretada como uma ação direcionada à busca da promoção de produtos sociais em comum. É a ação ou parceria em que todos os setores irão compartilhar conhecimentos e desfrutar dos benefícios. Deve ser o eixo estruturador das políticas públicas, possibilitando uma abordagem geral dos problemas sociais. A intersectorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, visando a sua efetividade por meio da articulação das instituições governamentais entre si e com a sociedade civil. (BRASIL, 2019, p. 301)

ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Proteção Social Básica visa à prevenção de situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades, aquisições e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de fragilidade decorrente da pobreza, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos ou fragilização de vínculos afetivos. (BRASIL, 2019, 303)

No entanto, a intersectorialidade, como apresentada no documento acima - “ação direcionada à busca da promoção de produtos sociais em comum (BRASIL, 2019, p. 301) - não tem materialidade, pois as ações de diversos setores continuam sendo exercidas de forma isolada, sem condições de realizar as mudanças macroestruturais necessárias (MEYER et al.; 2018). A sua utilização, como instrumento de gestão de problemas sociais complexos e de difícil solução, como as situações de pobreza, não é factível.

Nessa lógica, a articulação intersectorial como atribuição dos profissionais da saúde para o fortalecimento da Adesão Terapêutica, como ferramenta potencialmente capaz de enfrentar os DSS relacionados à TB, é inviabilizada pela fragmentação dos serviços. O que nos faz pensar que a forma como a intersectorialidade é anunciada nesses *Manuais* parece indicar que ela existe a priori, como se os diversos campos de saberes já estivessem flexibilizados e em processo relacional (MEYER et al.; 2018). Desconsidera-se, portanto, que a articulação intersectorial envolve outras questões para além da disponibilidade dos profissionais da saúde e demais setores, bem como desconsidera que aos profissionais de saúde cabe apenas auxiliar na articulação desses diferentes setores e não ser responsável pela sua estruturação.

6.3.5 A Adesão Terapêutica como empreendimento de si

O conceito de Adesão Terapêutica, de acordo com o atual *Manual* (BRASIL, 2019), se caracteriza a partir de uma atitude colaborativa, por parte da pessoa em tratamento, em aceitar o regime terapêutico instituído. Tal definição vai de encontro ao discurso que condiciona a eliminação da TB ao enfrentamento dos DSS, que foram incluídos pela primeira vez nesse mesmo documento:

ADESÃO

CONCEITO

(...) a adesão é definida como “um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de um determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo”. Portanto, a adesão deve ser compreendida como um processo de negociação entre usuários e profissionais de saúde, reconhecendo as responsabilidades de cada um para fortalecimento da autonomia e do autocuidado. (BRASIL, 2019, p.199)

Somado a isso, nos trechos a seguir, podemos identificar nos discursos sobre os fatores que influenciam o processo da Adesão Terapêutica, expressões que remetem a um ideal de saúde que enfatiza a responsabilidade individual, pois recomenda mudanças de comportamento, com a adoção de um estilo de vida saudável, por exemplo:

FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO

Em resumo, a adesão ao tratamento está associada a características demográficas, sociais, de estilo de vida das pessoas e resulta da sua forma de lidar com o significado do diagnóstico, com a representação social da doença e com os desafios apresentados pelo tratamento. (BRASIL, 2019, p.201)

Da mesma forma, a utilização de expressões, tais como “melhora da autoestima”, “alívio do sofrimento”, “prontidão no atendimento”, parece subestimar a dificuldade envolvida no enfrentamento dos DSS:

ESTRATÉGIA OPERACIONAL

Torna-se também necessário remover as barreiras que impedem a adesão, utilizando estratégias de reabilitação social, melhora da autoestima, qualificação profissional e outras demandas sociais. (BRASIL, 2011a, p.28)

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO

(...) A facilitação do acesso e do vínculo, a prontidão dos atendimentos, a relação profissional de saúde-paciente, (...) são requisitos fundamentais dos serviços na promoção da adesão. O que se observa é que a grande maioria dos serviços se concentra em problemas de adesão ligados ao paciente, subestimando os determinantes vinculados ao sistema de saúde. (...) Os serviços devem dar especial atenção a pacientes com maiores dificuldades para aderir ou com antecedentes de baixa adesão, incorporando práticas individuais e coletivas complementares, no intuito de aliviar o sofrimento das pessoas e garantir seu direito ao tratamento disponível. (BRASIL, 2019, p.208)

A Adesão Terapêutica, como um ato colaborativo, proposta nesse *Manual* (BRASIL, 2019), se torna um discurso eficiente para o controle da TB, caso tenhamos em tratamento um indivíduo pessoalmente comprometido com a valorização da própria saúde, capaz de identificar e reduzir vulnerabilidades, bem como de gerenciar riscos de forma consciente e responsável (ROSE, 2016). De acordo com o preconizado pela atual Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014), esse indivíduo, desejado pela racionalidade neoliberal, devidamente “empoderado”, se torna, cada vez mais, “capaz” e livre para realizar a melhor escolha (BRASIL, 2014). A sua liberdade e autonomia o torna menos dependente dos recursos do Estado, o que contribui para a relativização do papel e da responsabilidade estatal como entidade que regula de todas as dimensões da vida coletiva (QUEIROZ, 2018). O objetivo, portanto, é que o usuário seja capaz de colaboração por si próprio no enfrentamento de uma doença, tornando possível a redução da complexidade de práticas intersetoriais necessárias ao enfrentamento dos DSS. Nessa perspectiva, a Adesão Terapêutica, como processo de negociação e colaboração, se torna efetiva somente para aqueles providos de capacidades (MELLO, 2018) e condições básicas de vida (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND; 2017). A eficiência desse discurso, para esse grupo de pessoas, cria as condições de possibilidade para que sejam realizadas ações e procedimentos pontuais por parte do trabalhador de saúde (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016). Ao mesmo tempo, a formulação de estratégias para o enfrentamento da pobreza, para aquela população em situações de vulnerabilidade, nem ao menos é discutida.

A consequência disso é que, enquanto o indivíduo “empoderado” vence a TB a partir de seus próprios recursos individuais, a população que convive com a pobreza extrema continua na busca infinita de uma salvação, que nunca alcança. Isso porque as ações de Promoção de Saúde, bem como a realização de campanhas publicitárias de prevenção da TB continuam sendo realizadas para aqueles indivíduos que, conscientes

de seus riscos, adotem estilos de vida saudável e evitem a contaminação da doença (ROSSETO et al.; 2017).

Portanto, em um contexto no qual o Estado reduz as políticas de proteção social como forma de manutenção do próprio sistema neoliberal vigente (BORLINI, 2010), as ações que enfatizam a responsabilidade individual se constituem como o “melhor caminho para a Promoção da Saúde”. Caminho que considero um tanto utópico, porque apenas a consciência do risco da doença não tem potencialidade para intervir em problemas estruturais (econômicos, culturais, sociais, etc), que são de responsabilidade governamental. Tal aspecto pode ser configurado pelo que Castiel e colaboradores (2016) chamam de práticas cínicas na Saúde, isto é o momento em que a forma como são conduzidos os problemas de saúde da população se tornam:

Efeitos de estruturas normativas duais, que viabilizam a convergência de duas racionalidades normativas, que embora, contraditórias, se conjugam de maneira integrada nas dinâmicas de funcionamento ambíguas de arcabouços políticos, econômicos e sociais vigentes e de suas interações. (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016, p.27)

Nesse sentido, em linhas gerais, é possível discernir os sucessivos deslocamentos dos discursos sobre os saberes necessários à Adesão Terapêutica que vão desde a insuficiência da capacitação profissional como único elemento ainda não alcançado (BRASIL, 2002a), a importância da vigilância em saúde (BRASIL, 2008), a necessidade de novos medicamentos (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b), chegando até a asfixiante multifuncionalidade do profissional da saúde em realizar uma lista extensa lista de atribuições (BRASIL, 2019). Essa lista inclui a vigilância do território, a utilização dos sistemas de informação, a articulação entre diferentes áreas, a redução do sofrimento e o aumento da autoestima, bem como o enfrentamento dos DSS, a redução de vulnerabilidades e a superação da pobreza (BRASIL, 2019).

Esses deslocamentos corroboram que a condição para o controle da TB não é de ordem temporal, espacial ou social, pois pobreza e TB sempre estiveram associadas (PINHEIRO; ZANETTI, PAPALI, 2015). O que se diferencia, neste caso, são as relações de saber e poder e os objetivos das estratégias biopolíticas utilizadas. Tais objetivos requerem que, sobre um conhecimento instituído acerca do objeto em questão, seja possível uma “certa ação, com efeito, que será operada sobre o indivíduo” (FOUCAULT, 2010, p.121). Por isso, os discursos sobre Adesão, pelo que vimos até

agora, parece levar por caminhos contrários ao que se construiu como Estado Democrático, provedor de recursos para a saúde e de justiça social (SANTOS, 2017).

Dessa forma, a flexibilização de direitos, decorrentes de políticas de ajustes neoliberais³⁷, extrapola os aspectos econômicos, pois passa a assujeitar profissionais e usuários que deverão encontrar ou criar outras estratégias que permitam suprir a falta dos direitos violados. Essa racionalidade passa a se constituir na forma como nos comportamos para o enfrentamento de uma doença ou diante de demandas do cotidiano (DARDOT; LAVAL, 2016; ROCHA, 2000; CASTIEL. XAVIER; MORAES, 2016). Nesse contexto, as estratégias biopolíticas se tornam mais produtivas na medida em que conseguem mais e melhor governamentalizar os indivíduos. Hoje, por exemplo, a concepção que se tem não só na saúde, mas também das mais variadas áreas, é a de que o ser humano, tido como sujeito da liberdade, da autonomia e da responsabilidade, esteja sempre disposto a lutar em busca de um futuro de sucesso (ROSE, 2016, HAN, 2017a). Tal crença é determinante para a forma como a Enfermagem se conduz como profissão na sociedade atual, pois o autocuidado e o empoderamento na Promoção da Saúde, não raras vezes, são utilizados por esses profissionais como ferramentas de fortalecimento do autocontrole e da “força de vontade” do indivíduo para evitar o uso de álcool e outras drogas, bem como o de enfrentar a obesidade (FREITAS, 2018). O que pressupõe que todo e qualquer sujeito seja capaz de superar dificuldades a partir da mobilização de si mesmo (e de sua força de vontade), mesmo que seja a partir do medo em relação à transmissão da doença e da necessidade de se manter saudável acima de qualquer prerrogativa (ROSSETO; OLIVEIRA, 2013; OLIVEIRA, 2011). Nessa lógica, o desenvolvimento de um pensamento crítico e a possibilidade de problematizar a maneira como atuamos enquanto enfermeiros, talvez permita que certas condutas, legitimadas e instituídas como verdadeiras e desejáveis, estejam a serviço de algo muito mais complexo do que podemos imaginar:

A ideologia dos riscos se relaciona à reestruturação produtiva e à conjuntura neoliberal de reformas setoriais, produzindo uma moralidade sanitária em que é mandatório participar dos *scripts* de prevenção e promoção da saúde estabelecidos pelas melhores intenções do conhecimento científico. (LUPTON apud CASTIEL; XAVIER. MORAES, 2016, p.120)

³⁷ A hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação (BRAVO, 2007, p.14).

No contexto analisado, é visível que as recomendações dos *Manuais* excedem a materialidade de um poder biomédico ou as regras disciplinares de uma instituição, pois se inscrevem em uma ordem discursiva que está articulada com um projeto mais insidioso do nosso tempo presente: a formação do sujeito empreendedor de si mesmo. Em relação a isso, Han (2017a) refere que a nossa sociedade não é mais disciplinar, pois o que está no centro das relações de poder não são as instituições como os hospitais, asilos, presídios e fábricas, mas sim os bancos, os aeroportos, os shopping centers, os laboratórios de genética e outros grandes empreendimentos dessa época neoliberal. A lógica agora não visa a obediência e a disciplina dos corpos, mas sim o desempenho e a produção de si mesmo para a formação do sujeito empresário de si. É interessante destacar aqui, também seguindo Han (2017a), que a negatividade da proibição da sociedade disciplinar vai sendo substituída por uma desregulamentação crescente, na qual a positividade do poder é que nos faz produzir ininterruptamente, empreender, maximizar e, de preferência, nunca dormir.

Esta sociedade é chamada por Han (2017a), como a sociedade de desempenho, na qual a competitividade exige dos sujeitos grandes conquistas pelo empenho de si mesmo. Este sujeito empreendedor de si mesmo:

Está livre da instância externa de domínio que o obriga a trabalhar ou que poderia explorá-lo. É senhor e soberano de si mesmo. Assim, não está submisso a ninguém ou está submisso apenas a si mesmo. É nisso que ele se distingue do sujeito da obediência. A queda da instância dominadora não leva a liberdade. Ao contrário, faz com que a liberdade e coação coincidam. Assim, o sujeito de desempenho se entrega à liberdade coercitiva ou a livre coerção de maximizar seu desempenho. (HAN, 2017, p. 29)

Podemos observar como a formação desse sujeito livre, autônomo e capaz das melhores decisões atinge a esfera da regulação da vida, acarretando modificações importantes, que visam inscrever tudo e todos na lógica da concorrência, da compra e da venda (DARDOT; LAVAL, 2016). Essa lógica competitiva ao extremo busca acompanhar as cada vez mais rápidas mudanças culturais, sociais e econômicas da sociedade contemporânea e passam a reconfigurar novos modos de perceber os espaços, organizar o tempo, de se relacionar, produzir e consumir (SARAIVA, 2014). Interessante pensarmos o quanto, em nossa sociedade, valores como positividade e transparência são valorizados, ao mesmo tempo que sentimentos de dor e sofrimento devem ser eliminados (HAN, 2017b), pois não são condizentes com o projeto (e o

imperativo) de felicidade a ser alcançado. Fato que pode ser identificado, também, nas recomendações dos *Manuais* ((BRASIL, 2019), onde o profissional de saúde deve aliviar o sofrimento e melhorar a autoestima.

Por isso, convocar os indivíduos para que controlem a TB e superem as dificuldades através do empenho e da dedicação se constitui em uma estratégia biopolítica de constituição de um sujeito empreendedor de si mesmo, desejado pela sociedade de desempenho atual (HAN, 2017b). Ao desconfiar das intenções das recomendações propostas, o que se busca, aqui, é problematizar uma suposta neutralidade da ciência e desses documentos enquanto promotores da saúde de todos de forma igualitária (FURTADO, 2010). Nesse sentido, os discursos constitutivos do empreendedorismo de si mesmo não têm alcance no contexto da TB, pois grande parte das pessoas acometidas pela doença está desvinculada de coletivos e, portanto, desprovida de qualquer tipo de possibilidade de empreender. Apesar disso, creio ser importante sinalizar aqui o quanto a incidência da TB nas populações em situação de vulnerabilidade é aceitável, a fim de se manter algumas vulnerabilidades e desigualdades sociais, dentro de um limite tolerável, pois elas são mantenedoras de (e produzidas por) um certo modo de viver da sociedade neoliberal (BARBOSA, 2011). Por isso, pensar os discursos sobre Adesão Terapêutica fora da perspectiva da Promoção da Saúde (BRASIL, 2014), ou seja, permitir-se desconfiar dos discursos convocatórios que o profissional de saúde deve assumir na formação de um sujeito colaborativo e consciente, implicaria em:

Considerar a naturalização do cinismo que nos envolve juntamente a muitas práticas sanitárias para saber como demarcar e dimensionar o enfrentamento diante dos poderes que obstaculizam o acesso a um mundo melhor. (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016, p. 10)

Dessa forma, aderir, por meio da colaboração através do empreendimento de si mesmo, somente é possível por meio de certos discursos, que buscam conferir estabilidade ao que cada vez mais se torna incerto e inseguro. Esses discursos, em vez de, nos remeter ao aprendizado de como nos mobilizar por essas fragilidades, fazem exatamente o contrário, nos convocam ao desejo pela busca da segurança, certezas e verdades.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A pergunta por um fundamento da vida, por aquilo que faz com que a vida seja vida, sempre desemboca naquilo *que é*, naquilo que não muda, o ser, a verdade. Mas a vida, essa imensidão da qual somos parte, *é o que está*, porque nela tudo passa, e o que passa, dizem os antigos, não importa, não tem valor. Mas a vida é o nosso ponto fixo, mesmo que nela tudo mude. A vida é o que é. (MOSÉ, 2018, p. 135)

A busca por delimitar considerações acerca do que desenvolvi nesta pesquisa, que tratou de uma nova forma de olhar para a temática da Adesão Terapêutica no contexto do tratamento da TB, não se relaciona a determinar resultados, evidências e verdades. Isso porque tais aspectos implicam analisar o que é estático e fixo e que “sempre desemboca naquilo que é, naquilo que não muda” (MOSÉ, 2018, p.135). E quando tratamos de Adesão, é preciso considerar o que flui e se mobiliza, em direção ao que “está” e não ao “que é” (MOSÉ, 2018). Por isso, esta dissertação, ao questionar e problematizar as recomendações dos *Manuais de Controle da TB*, a partir do referencial teórico-metodológico de Michel Foucault, possibilita, hoje, considerarmos outras formas de pensar, que estão em constante movimento. O que implica em, mais do que delimitar considerações finais, apontar alguns aspectos importantes para “colocar um ponto final no meio desta conversa” (KUSCHNIR, 2018, p.1).

Esta dissertação trata de uma pesquisa documental que analisou as recomendações dos *Manuais do Controle da TB*, publicados pelo MS, de 2002 a 2019, na perspectiva de entendê-las como práticas discursivas que constituem saberes e relações de poder e que passam a determinar uma verdade acerca da forma como deve ser conduzido o cuidado às pessoas com TB. Nesse sentido, essa pesquisa considerou que tais recomendações se configuram como estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde, na sua vertente neoliberal. A partir disso, o objetivo foi investigar de que forma as recomendações dos *Manuais* se constituem como estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde.

O percurso metodológico, construído para a análise das recomendações desses *Manuais* como práticas discursivas, se deu a partir da problematização do conceito de Adesão Terapêutica e incluiu movimentos que permitiram a construção e a delimitação do problema de pesquisa, a partir da articulação com os três eixos teóricos do

referencial metodológico utilizado: os saberes, as relações de poder e a biopolítica inscrita.

Sendo assim, foi possível identificar a emergência de determinados elementos como saberes capazes de Adesão Terapêutica, que se deslocaram entre a capacitação dos recursos humanos na área da saúde, a centralidade da vigilância do território, a ênfase no discurso medicalizante e a multifuncionalidade do profissional em enfrentar os DSS como forma de superar a pobreza e reduzir a doença nas “populações vulneráveis”. Tais deslocamentos vão em direção à uma homogeneização das práticas discursivas de combate à TB, que se materializam no momento em que determinadas formas de intervenção dos profissionais de saúde são colocadas em funcionamento para o controle da doença.

Também identifiquei que as recomendações dos *Manuais* constituem determinada prática social, a partir das relações de poder que se dão por articulação entre diferentes sujeitos e instâncias governamentais, cuja hierarquia estabelece diversas atribuições e deveres a serem seguidos para o controle da TB. Essas atribuições e deveres entre atores institucionais ocorrem por ações de uns em relação aos outros que buscam normalizar a forma de atuação dos profissionais de saúde. Destaco também que as recomendações dos *Manuais* colocam em funcionamento mecanismos disciplinares sobre o corpo e o comportamento da pessoa em tratamento. Tais mecanismos, por vezes, são desejados por todos, pois são justificados pela necessidade de manutenção da vida acima de tudo e segurança da população contra o risco de contaminação pela doença. Dentre esses mecanismos, o TDO e a supervisão do enfermeiro se configuram como importantes dispositivos disciplinares para o controle da TB.

Além disso, essa pesquisa permitiu identificar que determinadas recomendações, quando analisadas como práticas discursivas no referencial foucaultiano, tornaram visíveis a existência de seis estratégias biopolíticas de Promoção da Saúde: “fazer viver” determinadas vidas, a segurança da população saudável, a formação da “população vulnerável”, a superação da pobreza como ordenadora do discurso de controle da TB e a Adesão Terapêutica como empreendimento de si.

Por fim, porém não menos importante, entendo que o processo de realização desta dissertação envolveu “mais” do que os movimentos que constituíram o percurso

metodológico apresentados nesta pesquisa. Isto porque, quando ingressei no mestrado, estavam entre as minhas intenções a busca de resultados que me levassem a uma verdade sobre a Adesão Terapêutica, que fosse capaz de dar conta de todos os fatores que influenciam tal processo. No entanto, hoje percebo que, durante os dois anos desse percurso acadêmico, mais do que buscar soluções à luz do saber científico, foi preciso desconstruir verdades naturalizadas de forma a aceitar algumas das limitações impostas. Quando me refiro a limitações impostas, quero dizer que não há soluções, nem verdades que possam ser vistas como um conhecimento universal, fixo e seguro. Nesse sentido, reitero Mosé (2018) quando afirma que “vivemos um tempo em que os valores desabam, junto com a rigidez dos conceitos e das verdades estabelecidas” (p.85). E, apesar de estarmos sempre em constantes mudanças, “vivemos uma guerra antiga, mas com novas armas, novas estratégias” (p. 85), nas quais os discursos são a forma mais eficiente de ordenar as pessoas, o saber, o próprio conhecimento, bem como a forma pela qual agimos como profissionais de saúde.

É nessa perspectiva que finalizo este texto, considerando que, dentre os vários aprendizados dessa pesquisa, estão saber que, durante o exercício do cuidado às pessoas com TB, para o fortalecimento da Adesão Terapêutica, eu, enquanto enfermeira, terei de continuar a caminhar mesmo que: os solos se mostrem cada vez mais frágeis; as incertezas e instabilidades sejam cotidianas; e, a emergência do novo crie outras condições de possibilidades. Pois, não há e não haverá um mundo ideal, racional, nem um futuro promissor onde as coisas estejam cada uma devidamente em seu lugar. A vida é fluxo e a nós cabe estarmos em constantes movimentos.

REFERÊNCIAS

- AKEJU, O. O.; WRIGHT, S. C. D.; MAJA, T. M. Lived experience of patients on tuberculosis treatment in Tshwane, Gauteng province. **Health SA Gesondheid**, Joanesburgo, v. 22, p. 259-267, 2017.
- ALVES, R. S. *et al.* Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 650-57, 2012.
- ALEXANDRE, J. F. *et al.* Os principais fatores de abandono de tratamento da tuberculose pulmonar. **Revista Saúde**, Guarulhos, v. 10, n. 1, 2016.
- ANDRADE, E. T. **Aspectos subjetivos do paciente ao diagnóstico de tuberculose e adesão terapêutica**: contribuição à educação médica. 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas) - Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.
- ANDRADE, K. V. F. *et al.* Effects of social protection on tuberculosis treatment outcomes in low or middle-income and in high-burden countries: systematic review and meta-analysis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00153116, 2018.
- AQUINO, J. G. A difusão do pensamento de Michel Foucault na educação brasileira: um itinerário bibliográfico. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, v. 18, n. 53, p. 301-491, 2013.
- AQUINO, J. G. Foucault e a pesquisa educacional, depois de duas décadas e meia. **Educação & Realidade**, Porto Alegre v. 43, n. 1, p. 45-71, 2018.
- AMARANTE, J. M.; COSTA, V. L. A. A tuberculose nas comunidades indígenas brasileiras na virada do século. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 5-12, dez. 2000 .
- ARAÚJO, L. G. P.; SALDANHA, R. A.; COLONESE, C. R. O enfermeiro e a educação em saúde, no atendimento aos portadores de tuberculose (TB) na unidade básica de saúde. **Rev. Pesq.: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 378-386, 2014.
- ARAÚJO, L. F. S.; TREVIZAN, M. A.; RAMOS, F. R. S. Tecnologias do eu na área da enfermagem: um mapa e alguns indícios sobre um tema foucaultiano. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 454-462, 2006.
- AYRES, J. Georges Canguilhem e a construção da Saúde Coletiva brasileira. **Intelligere**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 139-175, 2016 .
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da Saúde** - conceitos, desafios, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-138.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 375- 417.

AZEVEDO, R. C. S.; RAMOS, F. R. S. Arqueologia e genealogia como opções metodológicas na pesquisa em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 3, p.288-291, 2003.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 71-80, 2005.

BARBOSA, A. M. S. O empreendedor de si mesmo e a flexibilização no mundo do trabalho. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 19, n. 38, p. 121-140, 2011.

BARRETO, F. M. *et al.* Avaliação das condições socioeconômicas e epidemiológicas dos pacientes com tuberculose no Brasil entre 2012 a 2016. **Jornal Interdisciplinar de Biociências**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 35-38, jan. 2019.

BARRETO, M. L. *et al.* Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, intervention, and research needs. **Lancet**, Londres, v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, 2011.

BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência**. Tradução de Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. 171 p. Título original: Modernity and ambivalence.

BERALDO, A. A. *et al.* Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170075, 2017.

BORGES, J. Q. *et al.* Atual cenário da tuberculose no Brasil: medidas de identificação, tratamento e prevenção da doença. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, v. 7, p. 341-346, 2017.

BOUDIONI, M. *et al.* Listening to those on the frontline: service users' experiences of London tuberculosis services. **Patient Preference and Adherence**, Londres, v. 5, p. 267-277, 2011.

BRAINSTEN, P. *et al.* A clinician-nurse model to reduce early mortality and increase clinic retention among high-risk HIV-infected patients initiating combination antiretroviral treatment. **Journal Int. AIDS Soc**, [S. l.], v. 15, n. 7, p. 1-8, 2012.

BRANCO, G. C. **Michel Foucault**. Filosofia Biopolítica. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015. 420 p.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** Cadernos de Atenção Básica, n. 21- 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 197 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose:** Cadernos de Atenção Básica, 6 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 46, n. 9, 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**, Brasília, v. 48, n. 8, 2017b.

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, 2019. 366 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica:** protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 168 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil livre da Tuberculose:** Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 52p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília, 2011a. 284 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 853 p.

BLESMMANN, D. S. **Saúde Ambiental**: a articulação entre saúde e ambiente na política nacional de saúde ambiental como estratégia de governo da população. 2010. 127 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BURTSCHER, D. *et al.* **My Favorite Day is Sunday**: Community perceptions of (Drug- Resistant) tuberculosis and ambulatory tuberculosis care, in Kara Suu District, Osh Province, Kyrgyzstan. *Plos One*, San Francisco, v. 21, n. 3, 2016.

BUSS, P.M.; PEREGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 11-93, 2007.

BUTLER, J. **O que é a crítica?** Um ensaio sobre a virtude de Foucault. Tradução de Gustavo Hesmann Dalaqua. *Cadernos Ética Filosofia Política*, São Paulo, v. 22, p. 159-179, 2013.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, ago-dez, p. 321-333, 2010.

CAMPANI, S. T. A.; MOREIRA, J. S.; TIETBOHEL, C. N. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v.37, n.6, p.776-782, 2011.

CANDIOTTO, C. Sujeito, agonística e seus desdobramentos políticos no pensamento de Michel Foucault. In: NALLI, M.; MANSANO, R. V. (orgs.). **Michel Foucault: Desdobramentos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. p. 29-39.

CARVALHO, J. B. *et al.* Foucault como caminho de compreensão para a pesquisa histórica na enfermagem. **Rev Hist. Enfer**, v. 3, n. 2, p. 160-171, 2012.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.669-678, jul./set. 2004.

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. D. **A saúde persecutória**. Os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, 136 p.

CASTIEL, L. D.; XAVIER, C.; MORAES, D. R. **À procura de um mundo melhor**: Apontamentos sobre o cinismo em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. 400 p.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault** - Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução de Ingrid Müller Xavier. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2016, 477 p.

CASTELLANOS, M. E. P.; BAPTISTA, T. W. F. Interview with José Ricardo Ayres. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 51-60, 2018.

CHIRINOS, Narda Estela Calsin; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; BOUSFIELD, Andréa Barbará Silva. A relação das representações sociais dos profissionais da saúde e das pessoas com tuberculose com o abandono do tratamento. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e5650015, 2017.

CHIRINOS, Narda Estela Calsin; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; BOUSFIELD, Andréa Barbará Silva. Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. esp, p. 207-214, 2015.

COSTA, R. *et al.* Foucault e sua utilização como referencial na produção científica em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 629-37, 2008.

COSTA, M. V. Velhos temas, novos problemas - a arte de perguntar em tempos pós-modernos. In: COSTA, M. V.; BUJES, M. I. E. **Caminhos Investigativos III: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras.** Rio de Janeiro: DP&A, 2005, 224 p.

COSTA, M. M. **Os desafios do tratamento da tuberculose na Atenção Primária:** reflexões à luz da literatura. 2013. 31 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte, 2013.

COUTO, D. S. *et al.* Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 572-581, 2014.

CORRÊA, M. D. C.; VIEIRA, C. D. O. social e o comum: neoliberalismo, biopolítica e renda universal. **Katál**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 151-159, 2019.

CREPALDI, N. Y. *et al.* Towards a clinical trial protocol to evaluate health information systems: evaluation of a computerized system for monitoring tuberculosis from a patient perspective in Brazil. **Journal of Medical Systems**, [s. l.], v. 42, p. 113, 2018.

CULQUI, D. R. Factores pronósticos del abandon del tratamiento antituberculoso en una región endemica del Perú. **Rev Panam Salud Publica**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 14-20, 2005.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo:** ensaio sobre a capacidade neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo, 2016. 402 p.

DELEUZE, Gilles. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, Gilles. **Conversações: 1972-1990.** Trad. de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: 34, 1992, p.219-226.

DIXON, J.; TAMERIS, M. A disease beyond reach: nurse perspectives on the past and present of tuberculosis control in South Africa. **Anthropology Southern Africa**, Joanesburgo, v. 41, n. 4, p. 257-269, 2018.

FERREIRA, M. S.; TRAVERSINI, C. S. A análise foucaultiana do discurso como ferramenta metodológica de pesquisa. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 207-226, 2013.

FERREIRA, D. P.; SOUZA, F. B. A.; MOTTA, M. C. S. Abandonment of previous treatment and case of resistant multidrug tuberculosis in a tertiary in the city of Rio de Janeiro. **Rev. Pesq.: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 962-967, jul. 2019.

FERREIRA; M. E. V.; MATSUO, T.; SOUZA, R. K. T. Aspectos demográficos e mortalidades de populações indígenas do Estado do mato Grosso do Sul, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2327-2339, 2011.

FISCHER, Rosa Maria Bueno Fischer. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, [s.l.], n. 114, p. 197-223, 2001.

FISCHER, Rosa Maria Bueno Fischer. **Trabalhar com Foucault**. Arqueologia de uma paixão. Belo Horizonte: Autêntica, 2012. 167 p.

FISCHER, Rosa Maria Bueno Fischer. Verdades em suspenso: Foucault e os perigos a enfrentar. In: COSTA, M. V. *et al.* **Caminhos Investigativos II**: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação. 2.ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

FIGUEIREDO, I. M. Z. A centralidade em educação e em saúde básicas: a estratégia político-ideológica da globalização. **Pro-Posições**, v. 1, n. 55, p. 173-187, 2008.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010, 506 p.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2009. 560 p.

FOUCAULT, Michel. A Ordem do Discurso. Aula inaugural no Còllege de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Trad. de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: a vontade de saber. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017a. 176 p.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987. 275 p.

FOUCAULT, Michel. Aula de 11 de janeiro de 1978. In: FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade, Política**. Ditos e escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 392 p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 7 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018c. 432 p.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2018a, 231 p.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: O uso dos prazeres**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017b. 320 p.

FOUCAULT, Michel. Poderes e estratégias. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 241-252.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. 3 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2018b.

FOUCAULT, Michel. Polêmica, Política e Problematizações. In: FOUCAULT, Michel. **Ética, sexualidade, política**. Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 225-233.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1991, 280 p.

FURTADO, M. A. **Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: a ênfase no discurso da autonomia**. 2010. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

FURTADO, M. A. Promoção da Saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 811-821, 2012.

FREITAS, D. D. **A proliferação discursiva de combate à obesidade no neoliberalismo: o governamento biopolítico mediante a educacionalização do social**. 2018. 226 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

GASTALDO, D. Pesquisador/a desconstruído/a e influente? Desafios da articulação teoria-metodologia nos estudos pós-críticos. In: MEYER, D. E.; PARAÍSO, M. A. **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza edições, 2012, p. 159-199.

GAZETA, C. E. *et al.* Descriptive study of the implementation and impact of the directly observed treatment, short-course strategy in the São José do Rio Preto municipal tuberculosis control program (1998-2003). **J Bras Pneumol**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 192-198, 2007.

GERRISH K.; NAISBY, A. Experiences of the diagnosis and management of tuberculosis: a focused ethnography of Somali patients and healthcare professionals in the UK. **J Adv Nursing**, [s.l.], v. 69, n. 10, p.2285– 2294, 2013.

GUIX-COMELLAS, E. M. *et al.* Influence of nursing interventions on adherence to treatment with antituberculosis drugs in children and young people: research protocol. **J Adv Nursing**, [s.l.], v. 71, n. 9, p. 2189–2199, 2015.

GUIX-COMELLAS, E.M. *et al.* Impact of nursing interventions on adherence to treatment with antituberculosis drugs in children and young people: A nonrandomized controlled Trial. **J Adv Nursing**, [s.l.], v. 74, n. 7, p. 1819–1830, 2018.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00029818, 2018.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do Cansaço**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2017a.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade da Transparência**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2017b.

HAYNES, R. B. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979. 62 p.

HUGO MÃE, Valter. **O paraíso são os outros**. 2 ed. Rio de Janeiro: Biblioteca Azul, 2018. 64 p.

HUGO MÃE, Valter. Bom 2020. **JN Direto**, Lisboa, 29 jan. 2019. Disponível em: <<https://www.jn.pt/opiniao/valter-hugo-mae/bom-2020-11658494.html>>. Acesso em: 30 dez. 2019.

ILIEVSKA-POPOSKA, B.; ZAKOSKA, M.; MITRESKI, V. Evaluation of the directly observed treatment's acceptance by tuberculosis patients in the republic of Macedonia. **Open Access Maced J Med Sci**, [s.l.], v. 6, n. 5, p. 896-900, 2018.

KHAN, M. S. *et al.* Preveting emergence of drug resistant tuberculosis in Myanmar's transitioning health system. **Health Policy and Planning**, Londres, v. 32, n. 2, p. 43-50, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais**, uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro:IBGE, n. 27, 2010a, 317 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010b, 256 p.

JOHNSTON, J. C. *et al.* Treatment outcomes of multidrug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. **Plos One**, San Francisco, v. 4, n. 9, e6914, 2009.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. É possível pensar de outro modo a educação em enfermagem? **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 2, p. 248-252, 2008.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce *et al.* Estudos culturais: possibilidades para pensar de outro modo a pesquisa em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0135, 2018.

KURCGANT, P.; CASTILHO, V.; LEITE, M. M. J. Capacitação do profissional de saúde no âmbito da formação e da educação continuada. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 251-256, 1994.

LARROQUE, M. M.; SANTOS, B. M. O. Promoção da saúde e tuberculose. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 3, p. 221-228, set./dez. 2015.

LAGES, S. R. C. *et al.* O preconceito racial como determinante social da saúde - a invisibilidade da anemia falciforme. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 109-122, jun. 2017.

LAZZARATO, M. **O governo das desigualdades**: crítica da insegurança neoliberal. São Carlos: UFSCar, 2011. 93 p.

LALOR, M. K. *et al.* Risk factors associated with default from multi- and extensively drug-resistant tuberculosis treatment, Uzbekistan: a retrospective cohort analysis. **Plos One**, San Francisco, v. 8, n. 11, e78364, 2013.

LAW, S. *et al.* Emergence of drug resistance in patients with tuberculosis cared for by the Indian health-care system: a dynamic modeling study. **Lancet Public Health**, Londres, v. 2, n. 1, p. 47-55, 2017.

LENA, M. S. **Da necropolítica e biopolítica perversa à potência de vida**: o cuidado integrativo em uma associação de assistência a presos. 2019, 154 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2019.

LIMA, F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. spe, p. 20-33, 2018.

LOCKMANN, K.; TRAVERSINI, C. S. Alargamento das funções da escola e redefinição dos conhecimentos escolares: implicações da educacionalização do social. **Revista de Educação Pública**, [s.l.], v. 26, n. 63, p. 817-835, set. 2017.

LOPES, M. C. Inclusão como estratégia e imperativo de Estado: a educação e a escola na produção de sujeitos capazes de incluir. In: RESENDE, H. **Michel Foucault. O governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015. p. 291-304.

LOPES, R. H. *et al.* Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 3, p. 661-671, 2014.

LOPES, A. M. P. Promoção da Saúde no processo de democratização brasileiro: biopolíticas e constituição de sujeitos da saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 283-291, set-dez. 2019.

LÓPEZ, L. C. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-34, jan./mar. 2012.

LUPTON, D. **The imperative of health**: public health and the regulated body. Londres: Sage, 1995. 192 p.

MANSANO, S. R. V.; NALLI, M. O medo como dispositivo biopolítico. **Psicologia: Teoria Prática**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 72-84, 2018.

MAFFACCIOLLI, R.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; BRAND, E. M. Vulnerability and human rights in the understanding of trajectories of tuberculosis hospitalization. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 286-299, 2017.

MAFFACCIOLLI, R.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Challenges and perspectives of nursing care to vulnerable populations. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e20170189, 2018.

MACDONALD, G.; ROBIN, B. Health promotion: discipline or disciplines? In: BUNTON, R; MACDONALD G. **Health promotion**: disciplines and diversity. Londres: Routledge, 1995. p. 1-13

MACHADO, R. Introdução: Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006. p. 8-23.

MACHADO, R. Impressões de Foucault: entrevista concedida a Michel Misse. **Sociol. Antropol.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 17-30, abr. 2017.

MAKHADO, L.; MASELESELE, D. M.; FARLEY, J. E. Barriers to tuberculosis and human immunodeficiency virus treatment guidelines adherence among nurses initiating and managing anti-retroviral therapy in KwaZulu-Natal and North West provinces. **Curationis**, Bethesda, v. 41, n. 1, a1808., 2018.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set., 2010.

MARTA, C. B.; TEIXEIRA, E. E. Genealogia do cuidado na perspectiva foucaultiana. Genealogy of care in Foucault's perspective. **Rev. Pesq.: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4749-4756, 2016.

MEIRELLES, R. J. A.; PALHA, P. F. Tratamento diretamente observado da tuberculose no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 5, p. 1167-1172, out. 2019.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 131-156, 2016.

McGUSHIN, E. A teoria e a prática da subjetividade de Foucault. In: TAYLOR, D. **Michel Foucault**: conceitos fundamentais. Petrópolis: Vozes, 2018. p. 165-184.

MELLO, J. Estratégias de superação da pobreza no Brasil e impactos no meio rural. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. 244 p.

MEYER, D. E. *et al.* “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MEYER, D. E. *et al.* Quem aprende o que e com quem? Educação permanente em saúde e intersectorialidade como desafios políticos-pedagógicos. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 2, n. 3, p. 104-119, 2018.

MEYER, D. E.; PARAÍSO, M. A. **Metodologias de pesquisa pós-crítica em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edição s, 2012. 308p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407 p.

MIZOGUCHI, D. H.; et al. A microfísica da amizade: uma biopolítica sutil. **Mnemosine**, v. 14, n. 1, p. 91-109, 2018.

MOSÉ, Viviane. **Nietzsche hoje: sobre os desafios da vida contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2018, 154 p.

NESPOLI, G. Biopolíticas da participação na saúde: o SUS e o governo das populações. In: GUIZARDI, Francini L. *et al* (orgs.). **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: UFPE, 2014. p. 59-90.

OLIVEIRA, D. L. L. C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 185-188, 2011.

OLIVEIRA, I. C. O. *et al.* Controle da Tuberculose: avaliação da equipe de enfermagem sobre a estrutura de serviços de saúde. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 6, n. 9, p. 2145-2153, 2012.

OLIVEIRA, D. L. L. C. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, jun. 2005.

OLIVEIRA, R. C. C. *et al.* Discursos de gestores sobre política do tratamento diretamente observado para tuberculose. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1069-1077, 2015.

OLIOSI, J. G.N. *et al.* Efeito do Programa Bolsa Família no resultado do tratamento da tuberculose: um estudo de coorte prospectivo. **Lancet**, Londres, v. 7, n. 2, e219-e226, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Direitos Humanos, cidadania e tuberculose na perspectiva da legislação brasileira. Brasília: OPAS, 2015. 87 p.

PARAÍSO, M. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER, D. E.; PARAÍSO, M. **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012, 65-98 p.

PINHEIRO, S. A. G.; ZANETTI, V.; PAPALI, M. A. Representações sociais da tuberculose: um breve estudo sobre a estância climática de São José dos Campos/SP. **Contraponto**, Teresina, v. 2, n. 2, p. 89-104, 2015.

PIRES, Patrícia Vitória. **É fazer “tudo direitinho”**: cuidados e enfrentamentos nas políticas de saúde em resposta ao HIV/Aids em mulheres. 2016. 143f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

POORAN, A. *et al.* What is the cost of diagnosis and management of drug resistant tuberculosis in South Africa? **Plos One**, San Francisco, v. 8, n. 1, e54587, 2013.

PRASETYO, Y.; PREECHAWONG, S.; YUNIBHAND, J. Effect of a tuberculosis health promotion program on medication adherence among tuberculosis patients. **Journal of Health Research**, [s.l.], v. 29, n. 1, p. 47-53, 2015.

QUEIROZ, E. M. *et al.* Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 369-377, 2012.

QUEIROZ, E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 453-461, 2010.

QUEIROZ, F. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade liberal. **Caderno CRH**, Salvador, v. 31, n. 82, p. 187-191, 2018.

RAGONNET, R. *et al.* High rates of multidrug-resistant and rifampicin-resistant tuberculosis among re-treatment cases: where do they come from?. **BCM Infect Dis**, Londres, v. 17, n. 36, p. 2-10, 2017.

RAZÃO INADEQUADA. Cursos on line de filosofia. **Conceitos fundamentais de Foucault**. Disponível em: <<https://razaoinadequada.com/cursos/>>. Acesso em: 4 abr. 2019.

RANDS, C. S. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. **American Journal of Cardiology**, [s.l.], v. 72, n. 10, p. 72-68. 1993.

REIS-SANTOS, B. *et al.* Directly observed therapy of tuberculosis in Brazil: associated determinants and impact on treatment outcome. **Int J Tuberc Lung Dis**, [s.l.], v. 19, n. 10, p. 1188-1193, 2015.

ROCHA, Cristianne Maria Famer. Entre palavras e coisas...infinitos controles. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 183-201, 2000.

ROCHA, Cristianne Maria Famer. A escola na Mídia: entre inovações e controles. **Educação Temática Digital**, Campinas, v. 9, n. esp., p. 126-148, 2008.

ROCHA, D. S.; ADORNO, R. C. F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da TB em Rio Branco, Acre. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 232-245, 2012.

RODRIGUEZ, M. I.; GOMEZ, L. D.; VALQUEZ, G. F. Intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar em pacientes del Consultorio 12 del Policlínico “Belkis Sotomayor Alvarez”. **Mediciego**, v. 18, supl. 1, p. 45-70, 2012.

RODRIGUES, D. C. S. *et al.* O discurso de pessoas acometidas por tuberculose sobre a adesão ao tratamento. **Cienc. enferm.** Bogotá, v. 23, n. 1, p. 67-76, 2017.

ROSE, Nikolas. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org.). **Liberdades reguladas: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 30-45.

ROSE, Nikolas. Poderes da liberdade, governamentalidade e saberes psi: diálogos com Nikolas Rose (Parte 2). Entrevista concedida a Sergio Resende e Lima e Elizabeth Maria Freire Araújo Carvalho. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 797-808, 2016.

ROSSETO, M.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Reconhecendo-se como sujeito de riscos: a consciência dos possíveis danos da tuberculose. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 130-136, 2013.

ROSSETO, M.; *et al.* Comunicação para a promoção da saúde: as campanhas publicitárias sobre tuberculose no Brasil. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 1, p. 18- 28, 2017.

SÁ, M. B.; SIQUEIRA, V. H. F. Hanseníase, preconceito e parrhesía: contribuições para se pensar saúde, educação e educação em saúde. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 19, n. 1, p. 231-247, 2013.

SACCHI DOS SANTOS, L. H. **Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)**. 2002. 130 f. Tese. (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SAN, P. A.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 294-301, 2013.

SANTOS, G. N. B. Neoliberalismo e seus reflexos na política de saúde no Brasil. In: SEMINÁRIO FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 7., 2017, Porto Alegre. **Anais...** São Paulo: Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, 2017. p. 25-38.

SANTOS, S. L. F. *et al.* Estratégias de controle da tuberculose no SUS: revisão sistemática dos resultados obtidos. **Boletim Informativo Geum**, Teresina, v. 6, n. 3, p. 50-58, 2015.

SANTOS; R. V.; COIMBRA-JUNIOR, C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA-JUNIOR, C. E. A.; SANTOS; R. V.; ESCOBAR, A.L. (orgs.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO, 2003. p. 13-48.

SARAIVA, Karla. A aliança biopolítica educação-trabalho. **Pro-Posições**, v. 25, n. 2, p. 139-156. 2014.

SERAPELWANE, M. G.; MASELESELE, M. D.; MASILO, G. M. Experiences of patients having tuberculosis (TB) regarding the use of Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) in the North West Province, South Africa. **Curationis**, Bethesda, v. 39, n. 1, p. 1629, 2016.

SEVALHO, G. The concept of vulnerability and health education based on the theory laid out by Paulo Freire. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-188, 2018.

SHIMAMURA, T. *et al.* Support for Tuberculosis Patient in Japan. The Strategies of Japanese Public Health Nurses in Medication Support for High-Risk Tuberculosis Patients. **Public Health Nursing**. Kansas City, v. 30, n. 4, p. 370–378, 2012.

SILVA, C. B.; LAFAIETE, R. S.; DONATO, M. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 10-17, 2011.

SILVA, Tomaz Tadeu. O adeus às metanarrativas educacionais. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org.). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, 1994. p.247-258.

SILVA, M. L. População-Sacer e democracia racial no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 593-619, 2017

SILVA, M. B. P. *et al.* Avaliação das condições socioeconômicas e epidemiológicas dos pacientes com tuberculose no Brasil entre 2012 a 2016. **Jorn. Intern. Bioc.**, Teresina, v. 3, n. 2, p. 35-38, 2018.

SILVEIRA, J. M. *et al.* Prevalência e fatores associados à tuberculose em pacientes soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana em centro de referência para tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida na região sul do Rio Grande do Sul. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 48-55, fev. 2006.

SOUSA, L. O. *et al.* Terapia de curta duração da tuberculose: uma análise discursiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1154-1163, 2016.

SOUZA, K. M. J. *et al.* Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 904-910, 2010.

SOUZA; P. H. G.; MEDEIROS, M. **The concentration of income at the top in Brazil, 2006-2014**: working paper number 163. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth, 2017. 20 p.

SUWANNAKEEREE, W. *et al.* A medication adherence enhancement program for persons with pulmonary tuberculosis: a randomized controlled trial study. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**, [s.l.], v. 19, n. 4, p. 311-29, 2015.

TAYLOR, D. **Michel Foucault: conceitos fundamentais**. Petrópolis: Vozes, 2018. 319 p.

VEIGA-NETO, Alfredo; SARAIVA, Karla. Educar como Arte de Governar. **Currículo sem Fronteiras**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 5-13, 2011.

VEIGA-NETO, Alfredo. Teoria e Método em Michel Foucault (im)possibilidades. **Cadernos de Educação**, Pelotas, v. 34, p. 83-94, 2009.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. 160p.

VIANA P. V.; REDNER, P.; RAMOS, J. P. Fatores associados ao abandono e ao óbito de casos de tuberculose drogarresistente (TBDR) atendidos em um centro de referência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00048217, 2018.

WADE, V. A. *et al.* Home videophones improve Direct Observation in Tuberculosis Treatment: a mixed methods evaluation. *Plos One*, San Francisco, v. 7, n. 11, e50155, 2012.

WELCH, J. R.; COIMBRA-JÚNIOR, C. E. A. Perspectivas culturais sobre transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 190-194, 2011.

WILHELM, D. *et al.* Descentralização do acesso ao sistema de informações de tratamentos especiais em tuberculose. **Rev baiana enferm**, Salvador, v. 32, n. e25134, p. 1-10, 2018.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos na enfermagem **Rev. Bras. Enfer.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 433-438, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa: WHO, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The global plan to stop TB, 2006-2015: actions for life: towards a world free of tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Dis**, [s.l.], v. 10, n. 3, p. 240-241, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis report**. Geneva: WHO; 2018. 265 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies evidence for action**. Geneva: WHO, 2003. 194 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on tuberculosis infection prevention and control**. Geneva: WHO, 2019. 72 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The five elements of DOTS**. Geneva: WHO; 2015. 5 p.

YAMAMURA, M. *et al.* Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas, São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Public**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 270-277, 2014.