



Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

ISSN: 1981-7746

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio

Brazão, Carlos Fabricio Fernandes; Sevalho, Gil; Oliveira, Rosely Magalhães de
A mobilização social na perspectiva da vigilância da tuberculose no Brasil: uma apreciação crítica
Trabalho, Educação e Saúde, vol. 18, núm. 3, >e00295127, 2020
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00295

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406761158024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto



Trabalho, Educação e Saúde

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

Social mobilization from the perspective of tuberculosis surveillance in Brazil: a critical assessment

La movilización social en la perspectiva de la vigilancia de la tuberculosis en Brasil: una apreciación crítica

Carlos Fabricio Fernandes Brazão¹ Gil Sevalho²
Rosely Magalhães de Oliveira³

Resumo

Tuberculose, problema global relacionado às condições de vida da população, é um agravo historicamente complexo. Nos últimos anos, a mobilização social tornou-se componente fundamental da vigilância à doença. Neste artigo, analisam-se criticamente as concepções de mobilização social para a vigilância e para o controle da tuberculose, presentes no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (2006), no Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose (2007-2015), no documento de descrição da implementação do Programa Fundo Global de Luta Contra a Aids, Malária e Tuberculose no Brasil e em seis produções científicas brasileiras que abordam o tema, no período de 2007 a 2016. Especificamente, o estudo objetiva compreender essas concepções, bem como discutir as relações entre elas. Todos foram examinados por meio da análise de conteúdo. Embora favorável à mobilização social, os textos remetem a algumas contradições teóricas e epistemológicas. A mobilização social é apresentada segundo uma concepção funcionalista e utilitarista (paradigma positivista da ciência), com intencionalidade regulatória em vez de emancipatória. Parece se tratar de uma mobilização social a serviço da domesticação da sociedade, que desconsidera as experiências de vida da população e da estrutura complexa de produção e reprodução social da doença.

Palavras-chave: tuberculose; mobilização social; educação em saúde; vigilância em saúde; epistemologia.

ARTIGO

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00295

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro Brasil.
fabriciobrazao@gmail.com

² Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Rio de Janeiro, Brasil.
rosely@ensp.fiocruz.br

³ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Rio de Janeiro, Brasil.
gilsevalho@ensp.fiocruz.br

Como citar: BRAZÃO, Carlos F.F., SEVALHO, Gil, OLIVEIRA, Rosely M. A mobilização social na perspectiva da vigilância da tuberculose no Brasil: uma apreciação crítica. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020, e00295127. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00295

Recebido: 26/06/2019
Aprovado: 14/07/2020



Abstract

Tuberculosis, a global problem related to the population's living conditions, is a historically complex problem. In recent years, social mobilization has become a fundamental component of disease surveillance. In this article, the concepts of social mobilization for tuberculosis surveillance and control, present in the National Tuberculosis Control Program (2006), in the Strategic Plan for Tuberculosis Control (2007-2015), are critically analyzed in the document description of the implementation of the Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis Program in Brazil and in six Brazilian scientific productions, from 2007 to 2016, that address the theme. Specifically, the study aims to understand these concepts, as well as discuss the relationships between them. All were examined through content analysis. Although favorable to social mobilization, the texts refer to some theoretical and epistemological contradictions. Social mobilization is presented according to a functionalist and utilitarian conception (positivist paradigm of science), with regulatory rather than emancipatory intent. It seems to be a social mobilization in the service of the domestication of society, which disregards the life experiences of the population and the complex structure of production and social reproduction of the disease.

Keywords tuberculosis; social mobilization; health education; health surveillance; epistemology.

Resumen

Tuberculosis, problema global relacionado a las condiciones de vida de la población, es un agravio históricamente complejo. Durante los últimos años, la movilización social pasó a ser un componente fundamental de la vigilancia de la enfermedad. En este artículo, se analizan de forma crítica las concepciones de movilización social para la vigilancia y para el control de la tuberculosis que están presentes en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (2006), en el Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis (2007-2015), en el documento de descripción de la implementación del Programa Fondo Global de Lucha Contra el Sida, Malaria y Tuberculosis en Brasil y en seis producciones científicas brasileñas que abordan el tema, durante el período de 2007 a 2016. Específicamente, el estudio tiene por objetivo comprender esas concepciones, así como discutir las relaciones entre ellas. Todos fueron examinados por medio de análisis de contenido. Aunque son favorables a la movilización social, los textos remiten a algunas contradicciones teóricas y epistemológicas. A la movilización social se la presenta según la concepción funcionalista y utilitarista (paradigma positivista de la ciencia), con intencionalidad regulatoria en vez de emancipatoria. Parece tratarse de una movilización social al servicio de la domesticación de la sociedad, que desconsidera las experiencias de vida de la población y de la estructura compleja de producción y reproducción social de la enfermedad.

Palabras-clave tuberculosis; movilización social; educación en la salud; vigilancia en la salud; epistemología.

Introdução

A tuberculose (TB), embora doença passível de tratamento, permanece como uma das dez causas mais importantes de mortes no mundo. Estima-se que em 2018 tenham ocorrido 1,3 milhões de óbitos pela doença entre pessoas HIV-negativas e 250 mil entre aquelas HIV-positivas (World Health Organization, 2019). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 10 milhões de pessoas desenvolveram a doença em 2018, o que corresponde a uma incidência de 130 casos por 100.000 habitantes. No ano de 2018, o número de casos de TB resistente à rifampicina foi estimado em meio milhão de pessoas.

No Brasil, observou-se em 2017 e 2018 um aumento na incidência da TB, comparando-se os dados com os de 2014 e 2015, o que, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2019), pode representar uma melhoria de acesso a ferramentas e dados de diagnóstico proporcionada pela implantação e ampliação da Rede de Teste Rápido Molecular. Levando-se em conta a determinação social da doença, no entanto, a representatividade dos casos novos em populações socialmente vulneráveis sinaliza para relações com

fatores econômicos de agravamento recente. Considerando a questão, o Ministério da Saúde brasileiro salienta a necessidade de esforços na realização de ações intersetoriais dirigidas para essas populações.

Ressalte-se então que o cenário atual aponta para a precarização do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro em um contexto político desfavorável à participação pública na assistência à saúde.

Como problema de saúde complexo, de percurso histórico peculiar, fortemente relacionada às condições de vida da população, a TB reflete diretamente a dinâmica social. Assim, a prevenção e o tratamento referidos às políticas públicas requerem estratégias de enfrentamento sistematizadas, suportadas em ações de mobilização e participação social, tanto mais quando persistem e se agravam as iniquidades socioeconômicas.

Com uma pluralidade de características que transcende conceitos acadêmicos, as favelas e as periferias urbanas, experienciadas na prática de um dos autores do presente artigo como médico de família e comunidade, são territórios habitados por pessoas que apresentam histórias comuns, relacionam-se afetivamente, possuem vivências capazes de gerar autonomia e movimento. Mobilizam-se, comunicam-se, sabem(-se), vigiam e monitoram. São territórios de pessoas cujas experiências de vida constantemente promovem criatividade. Frequentemente, porém, o livre exercício desse potencial popular é bloqueado ou encoberto em função de interesses políticos, o que, no fazer científico, realiza-se por meio do tratamento conservador do significado de mobilização social.

Especificamente, propõe-se compreender criticamente as concepções de mobilização social presentes nos documentos oficiais e artigos científicos, discutindo-se a relação entre as concepções e seus contextos sociais e políticos de produção. Analisam-se, então, os textos documentais e artigos considerando-os como discursos que se conformam à visão de ciência das instituições e pessoas que os produzem, como autores e, portanto, agentes sociais que expressam determinadas formas políticas de pensar e fazer a vigilância em saúde e a participação da população nas ações de enfrentamento da tuberculose.

Tuberculose: raízes, conceitos e breve contextualização de um problema complexo

Relata-se que padres chegados ao Brasil no primeiro século de ocupação portuguesa tenham sido os primeiros disseminadores da doença no país (Bertolli Filho, 2001). Segundo Corthals et al. (2012), no continente americano a TB já existia antes mesmo da chegada dos colonizadores.

Há indícios de que as precárias condições de vida e de trabalho no Brasil colonial favoreceram a disseminação da moléstia entre escravos e seus descendentes. Com o tempo, desenvolveu-se o interesse pelo controle da doença a fim de dinamizar, nos aglomerados urbanos, a circulação de pessoas e mercadorias, necessidade fundamental para o bom funcionamento da economia (Bertolli Filho, 2001).

Desde a segunda metade do século XIX, a TB emergiu socialmente não mais como manifestação física de uma espiritualidade refinada, de uma excepcionalidade intelectual e artística, típica do ideal romântico do período. Temia-se a “morte moral”, às vezes mais do que a “morte física”, e sua persistência e disseminação entre as populações desfavorecidas passou a gerar preocupação como sintoma de desordem social (Pôrto, 2007, p. 46).

San Pedro e Oliveira (2013), analisando uma comunidade de favela brasileira, mostram a TB como doença ligada às condições de vida da população, possuindo forte interação com a produção e a reprodução das desigualdades socioeconômicas. A doença também aparece como um agravo ligado ao fluxo de reprodução da organização espacial das cidades (Sabroza, 2001 apud Cunha et al., 2015).

Doença que aflige a humanidade há muito, com tratamento instituído há mais de 70 anos (Dalcolmo, 2015), a TB ainda apresenta elevadas taxas de incidência e de mortalidade, principalmente em territórios socialmente vulneráveis.

Moradores de favela do município do Rio de Janeiro apontaram, segundo estudo de Cunha et al. (2015), a precariedade de saneamento e moradias, e problemas de mobilidade e alta densidade demográfica como os principais elementos responsáveis pela alta taxa de incidência de TB no local. Os dados sugeriram ainda que os elevados índices de TB no lugar ocorriam principalmente nas moradias úmidas, escuras e pouco ventiladas, construídas em cima de valas por onde escorriam águas das chuvas e dos esgotos.

Tomando-se a complexidade multifacetada da TB, inscrita no social e no biológico, cabe destacar o apontamento de Castellanos (2004) de que as condições de vida podem ser entendidas como resultado do agrupamento de quatro diferentes dimensões dos processos de reprodução social dos indivíduos e das populações, estreitamente entrelaçadas e mutuamente interdependentes: a dimensão biológica, a dimensão ecológica, a dimensão das formas de consciência e de conduta e a dimensão econômica.

Caminhos da vigilância: a mobilização social no controle da tuberculose no Brasil

A conjuntura alarmante em algumas nações e o risco da reemergência da doença em países onde era considerada sob razoável controle, fez com que a OMS, em 1993, declarasse a TB como uma emergência para as ações de saúde pública no mundo. Passou-se a recomendar, desde então, a estratégia 'DOTS' (*Directly Observed Treatment, Short-course*), cujo componente fundamental é o Tratamento Diretamente Observado (TDO), expresso na prática, de forma sucinta, como a observação presencial da ingestão do medicamento, com o intuito de, pela supervisão do tratamento, evitar abandonos e aumentar a taxa de cura (World Health Organization, 2009).

Mesmo com tais medidas, o cenário da TB pouco mudou e, em 2006, tendo-se em perspectiva os anos de 2007 até 2015, a OMS lançou a estratégia 'Stop TB', com o lema 'um mundo livre da tuberculose', sendo recomendadas a continuação e a expansão da estratégia DOTS com qualidade, além da implantação de novos componentes. A novidade fez com que o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) brasileiro passasse a fomentar mais incisivamente a participação da sociedade civil no problema da TB (Brasil, 2014).

As transformações e as reformas históricas, pelas quais o setor saúde no Brasil passou, influenciaram diretamente as medidas de controle da tuberculose no país. As intervenções oscilaram entre avanços e retrocessos, porém nunca se conseguiu um controle efetivo da doença. Ruffino-Netto (2002, p. 51), nesse cenário, caracteriza a tuberculose como uma doença "ficante".

Os subsídios para as ações de controle da TB no Brasil emergiram com base na vigilância epidemiológica, cujo objetivo tem sido conhecer a magnitude da doença apoiada em dados de morbidade e de mortalidade, conhecendo-se sua distribuição, tendência temporal e fatores de risco. As principais ações de vigilância para a TB são: definição, investigação do caso e notificação; visita domiciliar a caso novo e convocação de faltosos; exame de contatos; vigilância em hospitais; vigilância em outras instituições; vigilância de infecção tuberculosa; acompanhamento e encerramento dos casos (Brasil, 2011).

Avanços importantes surgiram com a incorporação da vigilância e o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil (Waldman, 1998). A vigilância epidemiológica, mais amplamente vigilância em saúde, vem, no entanto, demonstrando seus limites, principalmente com relação a algumas doenças específicas. Uma destas doenças é a TB, cujo enfrentamento, como a história demonstra, dependeria de estratégias voltadas para a concretização da melhoria das condições de vida. Um limite crítico da vigilância, segundo Sevalho (2016), é expandir o olhar estratégico às experiências de vida da população, o que valorizaria a autonomia dos grupos sociais vulneráveis ao adoecimento.

Para Santos Filho e Gomes (2007), mesmo as iniciativas sociais para enfrentamento da TB partiam de pesquisadores, profissionais de saúde e estudantes de medicina. A Sociedade Brasileira de Pneumologia

e Tisiologia, a Rede TB e a Liga Científica contra a Tuberculose são exemplos deste tipo de organização. Historicamente estas ações careciam do componente ‘comunitário’ das pessoas afetadas e vivendo com a doença.

No Brasil a mobilização social em TB não se iniciou de forma espontânea, como ocorreu, por exemplo, na reação ao surgimento da epidemia de HIV e Aids nos anos 1980. As principais iniciativas contando com a organização popular surgiram no país por volta do início da década de 2000, com a formação do Fórum de ONGs Lutando Contra a Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro e com a incorporação do tema TB pelo Fórum de ONG-Aids do Estado de São Paulo (Santos Filho e Gomes, 2007).

Em 2007 iniciou-se no país o Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil, com o tema ‘Fortalecimento da estratégia DOTS em grandes centros urbanos com alta carga de tuberculose no Brasil’. Desde então observou-se crescente sensibilização de organizações da sociedade civil em torno do combate à doença (The Global Fund, 2007; Fundação Oswaldo Cruz, 2007).

Atenção primária à saúde, educação popular, vigilância civil e reflexões importantes sobre o controle e a vigilância da tuberculose

Atenção Primária à Saúde (APS), educação popular e vigilância civil, conceito elaborado por Victor Valla e resgatado por Sevalho (2016), são temas com interfaces sólidas com a mobilização social e sustentam, juntas e separadas, um potencial diálogo para consideração da questão da tuberculose, especificamente na tentativa de melhora na difícil perspectiva da organização comunitária.

Seguindo direcionamentos internacionais, o governo brasileiro, por meio da implantação do SUS, estabeleceu como prioridade para a saúde pública brasileira a atenção básica ou Atenção Primária à Saúde. Adotou-se, então, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), com o desafio de organizar a atenção básica no país, tendo em vista a garantia dos princípios do SUS (Brasil, 2012).

Paim (2008) considera que a Reforma Sanitária brasileira que originou o SUS deve ser vista como projeto pensado de forma vinculada à cidadania e aos direitos civis, projeto que se desenvolveu num contexto de consenso passivo, mais do que ativo, dos que atuam na saúde. Neste contexto, o SUS “é constantemente ameaçado de desestruturação quanto mais se consolida a ordem neoliberal no Brasil” Sevalho (2018, p. 178).

O governo brasileiro, em 1998, adotando a estratégia DOTS, estabeleceu diretrizes visando a incorporação das ações de controle da TB no âmbito da atenção básica. A ESF passou a ter atribuições de realizar diagnóstico, tratamento e prevenção da doença, além de ações de vigilância (Figueiredo, 2009).

No sistema de saúde, a mobilização social recebeu o nome de controle social. Herança da luta histórica dos segmentos sociais que protagonizaram a criação do SUS, o controle social surgiu da necessidade do fortalecimento do processo democrático, como espaço de representação da sociedade por meio de movimentos sociais, entidades de classe, sindicatos, governo, entidades jurídicas e prestadores de serviços. O controle social tornou-se institucionalizado, exercido com base em instâncias colegiadas e deliberativas do SUS, dentre elas Conselhos e Conferências de Saúde (Amorim et al., 2012).

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

Nesse contexto, especificamente sobre a educação em saúde, Vasconcelos (2004, p. 68) destaca que:

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

Fato histórico interessante a ser lembrado acerca da mobilização social na área da saúde é que desde a segunda metade do século passado, a educação popular foi introduzida na temática da saúde no país. A educação popular sistematizada por Paulo Freire constitui movimento contrário ao pensamento da educação tradicional e, conseqüentemente, ao da educação em saúde citado anteriormente. Nascida como um método de educação de adultos que se tornou parte de projeto mais abrangente de mobilização social, a educação popular surgiu com a intencionalidade da construção de uma nova consciência social, integrando solidariamente educadores e educandos (Stotz, 2009).

Na década de 1970, profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde engajaram-se no processo de aplicação do método da educação popular com movimentos sociais emergentes, originando experiências de serviços comunitários de saúde sem vínculos com o Estado. Grupos populares e profissionais de saúde, dentro da dinâmica social local, começaram a andar juntos (Vasconcelos, 2004).

Durante o processo de abertura política, com a efervescência das lutas populares que questionaram a existência do regime militar, experiências marcantes demonstraram o poder da relação entre a educação popular e os movimentos populares da saúde (Stotz, 2005).

Nos anos 1990, com bases teóricas e práticas ligadas aos campos da vigilância e da educação em saúde, englobando processos como a 'construção compartilhada do conhecimento' e a 'ouvidoria coletiva', o pesquisador Victor Vicent Valla idealizou a Vigilância Civil da Saúde. Apoiando-se na cultura local e na educação popular de Paulo Freire, a vigilância civil aparece com forte potencial para complementar a tradicional vigilância epidemiológica, no que diz respeito à incorporação da participação popular com o objetivo maior da transformação social (Sevalho, 2016).

Do ponto de vista da análise de contexto e proposições, a vigilância civil (Valla, 1993) carrega forte correspondência com a epidemiologia comunitária trabalhada no Equador na década de 1990 por Tognoni (1997) e com o monitoramento participativo na perspectiva da epidemiologia crítica latino-americana (Breilh, 2003).

Destacando a perspectiva da vigilância civil no contexto de descentralização e territorialização da vigilância em saúde no país, Sevalho (2016) atenta para a necessidade de integração entre a vigilância em saúde e a atenção básica, já que tais perspectivas assumiram a importância do território, como conceito oriundo da Geografia crítica, em suas intervenções.

Análise de conteúdo

O estudo apresentado é de natureza qualitativa. Com base nos sites do Ministério da Saúde e da OMS realizaram-se as leituras do Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose 2007-2015 (PECT) (Brasil, 2006), do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (Brasil, 2004) e do documento de descrição da implantação do programa de subvenção de acordo do Fundo Global (The Global Fund, 2007).

Realizou-se, ainda, uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), alcançando-se bases de dados de acesso público como LILACS, MEDLINE, IBECs, Biblioteca Cochrane e SciELO. A transferência de trabalhos científicos para meios virtuais é recente, o que pode incorrer na não inclusão de estudos mais antigos, já que isso constitui uma limitação das bases de dados.

A busca foi baseada nos Descritores em Ciências da Saúde segundo indicações que os autores consideraram relevantes para a pesquisa. O descritor 'tuberculose' foi cruzado com: 'mobilização social', 'mobilização comunitária', 'participação social', 'participação popular' e 'participação comunitária' como sinônimos. Ampliando-se a busca e aproximando-se dos temas afins, usaram-se também os descritores: 'educação em saúde', 'educação popular', 'controle social' e 'educação sanitária'.

Refinou-se a busca colocando-se esses descritores como o assunto principal e o Brasil como o país do assunto, entre os anos 2007 e 2016. A definição do intervalo temporal ocorreu com o intuito de analisar os textos científicos produzidos desde o momento em que a mobilização social passou a ser referenciada nos documentos oficiais brasileiros até o início do estudo.

Por meio dos cruzamentos realizados encontraram-se: quatro produções científicas com 'mobilização social'; sete com 'mobilização comunitária'; seis com 'participação social'; oito com 'participação comunitária'; nenhuma com 'participação popular'; duas com 'controle social'; 39 com 'educação em saúde' (das quais, excluindo as repetidas e as que não faziam alusão ao tema requerido, apenas duas foram selecionadas); seis com 'educação sanitária' e nenhuma com 'educação popular'.

Consideraram-se somente estudos com texto completo disponível no sítio de busca. Após uma leitura inicial, excluíram-se os artigos repetidos e os que não faziam alusão ao tema pesquisado ou que não se apresentavam na forma de artigo científico, e assim, de um total de 62 publicações, foram selecionadas seis para análise.

Os textos científicos foram enumerados de 1 a 6 para sua sistematização e análise: texto 1: Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose, de Andrade et al. (2016); texto 2: O enfermeiro e a educação em saúde no atendimento aos portadores de tuberculose na unidade básica de saúde, de Araújo, Saldanha e Colanese (2014); texto 3: Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil, de Santos Filho e Gomes (2007); texto 4: Organização social e controle da tuberculose: a experiência de um município brasileiro, de Bulgarelli, Villa e Pinto (2013); texto 5: Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação à comunidade e participação comunitária, de Curto et al. (2010) e texto 6: Organizações Não Governamentais de tuberculose do Rio de Janeiro, Brasil: motivações e vínculos na primeira década do século XXI, de Santos, Souza e Cunha (2016).

Os três documentos e os seis artigos selecionados foram examinados por meio da análise de conteúdo (Bardin, 2007). Observaram-se, então, as orientações e esclarecimentos feitos por Campos (2004) em sua revisão histórica sobre o método, atentando-se para o sentido interpretativo da análise de conteúdo, explorando-se os campos objetivo e simbólico e os conteúdos manifestos e latentes dos textos examinados.

Os documentos oficiais foram lidos com base em roteiro para a pesquisa documental elaborado pelos autores. Construiu-se, para cada documento, um quadro contendo: título, autores, ano de publicação, tipo de documento (programa, plano), descritores encontrados no documento, unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), categorias (divididas em iniciais, intermediárias e finais) e observações. Em seguida, uniram-se as categorias finais de cada documento, identificando-se as homogêneas e pertinentes ao mesmo tema, fazendo-se exclusão das que se repetiram até chegar nas três finais dentre todas as categorias extraídas do total de documentos.

Os textos científicos foram lidos também com base no roteiro citado acima. Construiu-se, para cada artigo, um quadro contendo: título, nomes dos autores, ano de publicação, revista publicada, descritores encontrados no artigo durante a busca na BVS, tema, unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), categorias (divididas em iniciais, intermediárias e finais) e observações. Em seguida,

uniram-se as categorias finais de cada artigo, identificando-se as homogêneas e pertinentes ao mesmo tema, fazendo-se exclusão das que se repetiram até chegar nas cinco finais dentre as categorias extraídas de todos os artigos.

A dissertação de mestrado que deu origem ao artigo foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). O trabalho não desenvolveu pesquisa diretamente com seres humanos ou animais. O projeto foi apreciado e aprovado pelo CEP da ENSP Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) sob o número de protocolo 1.711.218, CAAE 577971116.6.0000.5240, de 03 de setembro de 2016.

Identificando as concepções de mobilização social

Após a aplicação da análise de conteúdo aos documentos oficiais, chegou-se à elaboração de três categorias finais de análise, como se pode observar no Quadro 1.

Quadro 1 - Categorias de análise extraídas dos documentos oficiais

Categorias de análise	Documentos analisados		
	PNCT	PECT	Fundo Global
Mobilização social e educação em saúde como uma demanda internacional para a questão da TB		X	X
Mobilização Social e educação em saúde como uma perspectiva funcionalista ou utilitarista para a questão da TB	X	X	X
Mobilização social e educação em saúde como uma novidade potencialmente progressista para o controle da TB	X	X	

Fonte: Elaborado com base nos resultados da análise realizada pelos autores.

Nota: TB - tuberculose; PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose; PECT - Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose.

A mobilização social e a educação em saúde como uma demanda internacional para a questão da TB pode ser percebida nos três documentos. O texto do Fundo Global analisado, escrito em inglês, já sugere esta demanda internacional envolvida. O PNCT (Brasil, 2004, p. 3), por exemplo, discorre acerca de “metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro”. O PECT, por sua vez, discorre que o Plano brasileiro foi construído baseado na “experiência de expansão da estratégia DOTS” (Brasil, 2006, p. 2), quando a OMS declarou a TB como uma emergência global.

A mobilização social e a educação em saúde como uma perspectiva funcionalista ou utilitarista para a questão da TB também pode ser identificada nos três documentos. Observa-se, por exemplo, que o PNCT e o PECT enfatizam uma mobilização social voltada para a “adesão ao tratamento pelos pacientes, a vigilância dos contatos” (Brasil, 2004, p. 9) e para a assimilação de “comportamentos que facilitem o diagnóstico e o tratamento oportunos dos enfermos” (Brasil, 2006, p. 35). O documento do Fundo Global (The Global Fund, 2007, p.1) também exemplifica esta categoria ao descrever o objetivo do “fortalecimento da mobilização social, da comunicação para mudanças de comportamento.”

A categoria mobilização social e a educação em saúde como uma novidade potencialmente progressista para o controle da TB também pode ser notada nos três documentos. O PNCT faz este destaque, por exemplo, ao descrever que estimula e apoia “nos municípios prioritários, a implantação de projetos de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social” (Brasil, 2004, p. 9). O documento do Fundo

Global, por sua vez, propõe o aproveitamento da experiência de mobilização social do Programa HIV/AIDS e a conscientização sobre TB através da mídia (The Global Fund, 2007).

Com base na leitura da produção científica, cujas características gerais estão sistematizadas no Quadro 2, foram criadas cinco categorias de análise apresentadas no Quadro 3.

Quadro 2 - Características dos textos científicos analisados, segundo revista científica, instituições dos autores, regiões das instituições acadêmicas e natureza da pesquisa

Textos científicos	Ano	Instituição dos autores	Regiões das instituições de vinculação dos autores	Revistas	Tipo de pesquisa
Texto 1	2016	UFRN (4), USP (1), UFPB (1)	Nordeste (2), Sudeste (1)	Revista online de pesquisa Cuidado é Fundamental (UNIRIO)	Quantitativa
Texto 2	2014	UNIPLI (3)	Sudeste (1)	Revista online de pesquisa Cuidado é Fundamental (UNIRIO)	Descritiva exploratória
Texto 3	2007	Rede-TB (2) ou Fundo Global	Sudeste (2)	Revista de Saúde Pública (USP)	Descritiva
Texto 4	2013	UFRGS (1), USP-RP (2)	Sul (1), Sudeste (1)	Revista Latino-americana de Enfermagem (USP-RP)	Qualitativa (estudo de caso)
Texto 5	2010	UFTM (1), USP-RP (5)	Sudeste (2)	Revista Latino-americana de Enfermagem (USP-RP)	Avaliativa quantitativa exploratória
Texto 6	2016	Prefeitura Quissamã (1), UNIRIO (2)	Sudeste (1)	Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação (UNESP-Botucatu)	Qualitativa

Fonte: Elaborado com base nos resultados da análise realizada pelos autores.

Nota: UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte; USP - Universidade de São Paulo; UFPB - Universidade Federal da Paraíba; UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; UNIPLI - Centro Universitário Plínio Leite; Rede-TB - Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose; UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; USP RP - Universidade de São Paulo campus de Ribeirão Preto; UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro; UNESP-Botucatu - Universidade Estadual Paulista campus Botucatu.

Quadro 3 - Categorias de análise extraídas dos textos científicos

Categorias analisadas	Textos científicos analisados					
	Texto 1	Texto 2	Texto 3	Texto 4	Texto 5	Texto 6
Educação em Saúde e mobilização social como uma perspectiva utilitarista e funcionalista	X	X		X	X	
Mobilização social em TB incentivada pela conjuntura favorável, principalmente pelo apoio financeiro			X		X	X
Participação social em TB institucionalizada, como um espaço formal (uma interlocução com os poderes Executivo e Legislativo)				X		
Participação comunitária em TB pouco desenvolvida e pouco referida na produção científica				X		
Mobilização social como uma “novidade” e uma demonstração da necessidade de mudanças na abordagem para o controle da TB				X		X

Fonte: Elaborado com base nos resultados da análise realizada pelos autores.

Nota: TB - tuberculose.

Referência à categoria *educação em saúde e a mobilização social como uma perspectiva utilitarista e funcionalista* pode ser encontrada no texto 1 (p. 4861), quando os autores ressaltam que “o vínculo e a educação em saúde constituem elementos primordiais para o acompanhamento do tratamento de TB”. Esta categoria também pode ser notada no texto 2 (p. 383) quando os autores afirmam que no processo educativo em saúde “o paciente confia na educação oferecida pelo profissional de saúde e atende corretamente as recomendações por ele ofertadas”.

Mobilização social em TB incentivada pela conjuntura favorável, principalmente pelo apoio financeiro é uma categoria que pode ser evidenciada no texto 3 (p. 112), quando os autores afirmam que nos “últimos anos, o cenário brasileiro da tuberculose tem mudado radicalmente”, devido ao maior investimento de recursos nas ações de controle. Referência à categoria pode ser notada no texto 5 (p. 2), quando os autores alertam que “no Brasil, há clara modificação no cenário político do enfrentamento dessa doença, no qual se destaca a participação da sociedade civil”.

Participação social em TB institucionalizada, como um espaço formal é categoria encontrada no texto 4, quando os autores avaliam a participação de um comitê com representantes da sociedade civil no controle da tuberculose num modelo de gestão participativa; inicialmente um comitê informal que, com o passar dos anos, estruturou-se como um componente formal da secretaria de saúde do município estudado, demonstrando uma institucionalização da participação social.

A categoria de análise *participação comunitária em TB pouco desenvolvida e pouco referida na produção científica* é constante nos trabalhos estudados e pode ser relacionada às afirmações encontradas no texto 6 (p. 311), quando os autores colocam “em questão a necessidade de haver mais estudos em relação a esses grupos da sociedade civil organizada e sua participação no controle da TB”.

A categoria *mobilização social como uma “novidade” e uma demonstração da necessidade de mudanças na abordagem para o controle da TB* é referenciada no texto 4 (p. 6), quando os autores afirmam que as novas “parcerias entre sociedade civil e serviços de saúde mostram-se fundamentais no controle de doenças endêmicas”.

Discussão

As categorias de análise expõem os documentos oficiais a contradições e sinalizam que não existe, seja na participação da população ou na educação em saúde em TB, a intencionalidade de discutir aspectos mais complexos ligados à produção social da doença. As condições e as experiências de vida da população, as iniquidades em saúde, as desigualdades sociais e a vulnerabilidade social não parecem ser efetivamente problematizadas.

Reconhece-se, neste artigo, o significado de iniquidades como as condições injustificáveis, que são passíveis de correção, mas permanecem precarizando a vida das populações vulneráveis. Para Breilh (2011), as iniquidades constituem o ponto fundamental, pois através delas se produz a desigualdade social.

Com base na análise, depreende-se uma suposta demanda de “imposição da ordem a alguma situação”, o que pode ser considerada uma ideia ultrapassada nas teorias sobre participação, educação e comunicação associadas à saúde hoje.

Uma dinâmica educativa aparentemente verticalizada, cuja intencionalidade assumida no discurso é, por exemplo, a de uma ‘comunicação para mudanças de comportamento’ (The Global Fund, 2007) e da assimilação, pela população, de “comportamentos que facilitem o diagnóstico e o tratamento” (Brasil, 2006, p. 35), revela uma tentativa de uniformização de saberes, através de uma comunicação massificada, dita universal.

A comunicação massificada simplifica a realidade e invisibiliza a complexidade de problemas, não permitindo entender particularidades sobre a produção da doença na escala local. A educação baseada na transmissão de um conhecimento supostamente universal é criticada pela educação popular de Freire (1987) e encontra eco crítico na ideia de “construção compartilhada de conhecimento” formulada por Victor Valla para a educação em saúde (Carvalho, Acioli e Stotz, 2001).

Perceber nas categorias identificadas nos documentos a lógica positivista, analisada por Santos (2010b) em sua crítica ao paradigma científico dominante, sugere que a necessidade de potencializar a emancipação e a autonomia das pessoas, dentro do contexto de enfrentamento do problema da TB no Brasil, vem sendo aparentemente desconsiderada.

Como se pertencesse a uma ‘zona colonial’ (uma região em estado de natureza, que a modernidade ocidental silencia), o comportamento da população atingida pela TB ou vulnerável à doença pode ser enquadrado no que aponta Santos (2010a, p. 37) como “universo das crenças e dos comportamentos incompreensíveis que de forma alguma podem considerar-se conhecimento, estando, por isso, para além do verdadeiro e do falso”, podendo ser mecanicamente alterados.

A intencionalidade reguladora, e não emancipadora, tem sido dominante nas ciências sociais estabelecidas hegemonicamente. Quando existe uma desvalorização prévia da população local e do saber popular, também há uma inviabilização da experiência social inferiorizando e invisibilizando as experiências locais, produzindo ausências. (Santos, 2007) (Santos, 2007).

Relacionando-se o conteúdo dos textos científicos examinados e o conjunto das cinco categorias de análise criadas, e isto vem reforçar a perspectiva crítica que fundamentou o processo de análise

deste estudo, é possível encontrar apontamentos dos autores que podem tornar clara sua relação com a mobilização social no contexto da vigilância e do controle da tuberculose. Os textos científicos revelam uma perspectiva de educação em saúde que, ao não propor claramente a dialogicidade, parecem impor uma relação vertical no processo educativo. Os textos apontam para mudanças no enfrentamento do problema da TB, sugerindo a participação da população, mas o conceito de popular apenas tangencia o que se descreve ou não aparece. Não há menção às experiências de vida das pessoas nem se nota alguma relevância dada a elementos do contexto territorial ou social em que as pessoas vivem.

As categorias identificadas tanto na análise dos documentos oficiais quanto na análise dos textos científicos e os trechos destacados nesta pesquisa sugerem uma concepção de educação em saúde e de mobilização social muito próximas do que Santos (2010b) descreve, na sua discussão epistemológica, como uma concepção funcionalista de ciência.

A análise crítica faz perceber que o saber da população, em diversos momentos, parece deslegitimado, considerado um obstáculo à agilização das medidas de controle propostas. O conhecimento popular e o comportamento da população parecem pertencer a um universo de valores e crenças subjetivas que não têm valor científico porque não são passíveis de objetivação e quantificação de acordo com os pressupostos da ciência biomédica, estando para além do verdadeiro ou falso. Segundo Santos (2010b), o paradigma dominante possibilita uma e só uma forma de conhecimento verdadeiro, dentro de uma extrema e ao mesmo tempo serena arrogância.

A mobilização social inscreve-se no controle da TB no contexto neoliberal, que subordina as relações sociais à economia de mercado, promovendo a individualidade e fragilizando os laços coletivos (Anderson, 1995; Machado, 1995). Segundo Harvey (2008), a transcendência do neoliberalismo ultrapassa sua original dimensão econômica e se instala como uma cultura dominante que rege pensamentos e atitudes.

Foi nesse contexto que se instituíram e vêm se desenvolvendo, dentro das políticas de controle da TB, propostas de mobilização social voltadas para o controle da doença.

A TB, doença clinicamente relacionada com privação econômica e social, tem aparecido em representações históricas de ordem simbólica que remetem à pobreza e à injustiça social (Bertolli Filho, 2001; Pôrto, 2007). Enquanto entidade nosológica e problema de saúde pública a TB foi, ao longo da história, um grande exemplo de reflexo da dinâmica social das cidades, como chamaram atenção Ruffino-Netto e Pereira (1981) em ensaio sobre mortalidade por tuberculose e condições de vida no município do Rio de Janeiro.

Para o pensamento neoliberal, as políticas sociais não são compreendidas como direitos, mas como assistência aos necessitados. Sociedades equitativas, com baixas taxas de desigualdade social e de pobreza, em que as condições de vida da população são melhores, apresentam menores taxas de incidência e de mortalidade por tuberculose. Não existe, entretanto, interesse por parte do capitalismo neoliberal em realizar as transformações sociais necessárias em nações subdesenvolvidas ou em desenvolvimento que apresentam números assombrosos da doença (Rizzotto, 2008; Rodrigues, 2010; San Pedro e Oliveira, 2013).

O cenário político que favoreceu a mobilização social em TB no Brasil contou com o apoio maior do financiamento do Fundo Global contra a Aids, Tuberculose e Malária. Com o aproveitamento da experiência de mobilização social do programa HIV/Aids e dos seus próprios ex-atores a participação social em TB foi ganhando corpo, mesmo que de forma tímida (The Global Fund, 2007; Santos, Souza e Cunha, 2016).

Afastando-se o Estado das responsabilidades de provedor social, intensificou-se a participação das ONGs e da figura do voluntariado. A privatização dos serviços assistenciais públicos é fundamento do pensamento neoliberal, e condiz com a observação de Rizzotto (2008) sobre quando as políticas sociais não são compreendidas como direito.

Com a ação de ONGs e de outros atores importantes da sociedade civil, observou-se a participação social em TB ganhando os rumos da institucionalização, dentro do controle social do SUS (Bulgarelli,

Villa e Pinto, 2013). Ressalte-se que Stotz (1994) já chamava atenção para os riscos dos Conselhos de Saúde conformarem-se ao abrigo e aos interesses do Estado e se distanciarem dos movimentos sociais.

As experiências de participação social em TB, institucionalizadas nos Conselhos de Saúde, têm se conformado ao que Valla (1998) apontou como risco de ‘encurralamento’ dos movimentos populares. Os Conselhos passam a funcionar dentro do que lhes é prescrito pelo poder político local, nem sempre em consonância com os reais interesses da população. Os movimentos populares perdem em reivindicações e realização de mudanças.

Em relação à TB observa-se uma mobilização social muito próxima do que Breilh (2003) define como teoria funcionalista positivista, que há tempos permeia o campo da saúde pública no mundo. Adequando-se à ideia de ‘saúde como ausência de doença’, pensada estritamente na função biológica e na normalidade estatística (Almeida-Filho e Jucá, 2002), a mobilização social em TB parece representar uma investida para que o ‘funcionamento normal’ do Estado e da sociedade deixe de ser abalado pela doença e por todo o conjunto de problemas que a acompanha.

Relacionadas a uma participação da sociedade civil institucionalizada pelo Estado, as ações de educação em saúde em TB adquirem uma postura prescritiva, pressupondo uma população ignorante, desprovida de conhecimentos e experiências, necessitando da figura de ‘alguém que sabe’ para ensinar ‘alguém que não sabe’. A mobilização social e a educação em saúde em TB orientadas por esta perspectiva se aproximam de uma visão autoritária, vertical, que corresponde à descrição crítica feita por Sevalho (2016) quando contrapõe a vigilância em saúde pertinente a este modelo com a proposta de Vigilância Civil da Saúde, organizada com efetiva participação popular.

A abordagem fundamentalmente coercitiva, evidenciada também na estratégia DOTS, parece acontecer em nome da necessidade do controle imediato da doença. Estas características sugerem o que Sevalho (2016), na sua consideração crítica, define como as permanências históricas da vigilância tradicional: a prerrogativa de uma cientificidade universal, a vinculação política à ideia de segurança social e o critério imperativo da urgência. O que Valla (1993, p.108) chama de “ditadura da urgência” demonstra o estado permanente de emergência que grande parcela da população vive. A união dos problemas sempre urgentes com a falibilidade naturalizada do Estado justifica a necessidade sempre imediata de intervenções das autoridades, o que não permite que se dê tempo de trabalhá-las com a população, e o não cumprimento do que é imposto coloca o peso da responsabilidade sobre as vítimas. Não é raro identificar características culpabilizadoras postas sobre as vítimas de TB.

As ações impositivas e prescritivas muitas vezes ocorrem sob o discurso do ‘empoderamento’ da população. Nos textos analisados este conceito aparece algumas vezes. Bulgarelli, Villa e Pinto (2013, p. 8), por exemplo, afirmam que “a sociedade civil pode, a depender do seu empoderamento, cumprir ou não a tarefa de defender ações coletivas na promoção de mudanças estruturais e do contexto de saúde”.

Nota-se, no exemplo acima, que o conceito de empoderamento parece supor o uso da população para ocupar a lacuna gerada pelo afastamento do Estado neoliberal como provedor de inclusão e assistência social. Sevalho (2018, p. 183) destaca que o conceito de empoderamento inscreve-se na perspectiva da relação entre autonomia, dependência e vulnerabilidade. Mais comumente ligado à promoção da saúde, em sua concepção comportamental e conservadora, o termo, como afirma o autor, é “escorregadio”. Comum no discurso neoliberal, com um sentido falso de transferir poder para populações vulneráveis, o empoderamento induz à culpabilização e ao convencimento da população para que empregue recursos próprios na resolução de problemas sanitários e sociais que deveria ser da responsabilidade do Estado.

Sevalho (2018) ressalta que empoderamento, *empowerment* no inglês, tido por muitos como conceito fundamental para o pensamento de Paulo Freire, foi apenas mencionado pelo educador, mas nunca teria sido, de fato, questão relevante para ele. Sevalho complementa destacando que, no sentido freireano, poder é conquista histórica e não doação. Segundo o autor, para Freire, e consequentemente para a educação popular em saúde, empoderamento só tem sentido quando a liberdade conquistada é usada em benefício da coletividade.

No contexto epistemológico, ao quantificarem, objetivarem, descreverem numericamente os problemas isolando a doença do contexto social, ao tentarem modificar e universalizar comportamentos, as práticas de vigilância da TB aliam fortemente a participação da sociedade civil e as ações de educação em saúde ao pensamento determinista mecanicista da ciência. Para Santos (2010b), quando a intenção é sempre a da regulação e não a da emancipação popular, uma pretensão utilitária e funcional se empenha em dominar e não em compreender criticamente a realidade.

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

Considerações finais

A revolução científica do século XVI revelou o modelo de racionalidade que vem orientando a ciência moderna, regido pelo domínio das ciências naturais. O método científico regula e simplifica as condições iniciais complexas da natureza para que se possa quantificar e construir um conhecimento baseado na formulação de leis, tendo como pressuposto uma ideia de equilíbrio e ordem do mundo (Santos, 2010b).

Por prezar pela simplificação, pela ordem e pela estabilidade, a ciência moderna acaba impondo a ideia de um passado que se repete no futuro. Subentende um mundo estático e eterno, tal como uma máquina mecanicamente determinada por leis físicas e matemáticas, passível de conserto e regulação. Embebido muito mais pelo objetivo de dominar a natureza do que pela intenção de compreendê-la mais a fundo, o paradigma científico hegemônico pretende-se utilitário e funcional, enquadrando-se num horizonte determinista mecanicista das ciências e do mundo. Por não pretender expor os conflitos, acaba naturalizando a explicação do real (Santos, 2010b).

O campo da Saúde Coletiva, apesar da pretensão crítica que marcou sua fundação no Brasil com a Reforma Sanitária, também se aproxima, do ponto de vista paradigmático, do modelo de racionalidade positivista característico da ciência moderna. Assume uma forma de conhecimento subordinado ao saber biomédico, para o qual conhecer significa simplificar, separar, classificar, quantificar e medir, reduzindo e linearizando as relações entre os elementos, fragmentando processos.

Os textos analisados parecem se afastar das discussões acerca das condições mais complexas que estruturam o problema da TB. O conceito de território, por exemplo, já incorporado ao SUS, à vigilância em saúde e à APS no Brasil, que poderia expor a complexidade da questão da TB, tomando-se o sentido existencial que Monken e Barcellos (2005, p. 901) chamam de “escala do cotidiano”, parece ofuscado pelo discurso oficial.

O território surge apenas como ‘área física’ a ser coberta pelo PNCT e pela Atenção Básica. O termo ‘cobertura’ sugere um aprisionamento do território, no intuito maior de cumprir metas quantitativas. Não é apontada a importância do lugar como espaço de livre organização da população para a vigilância e controle da TB. Sobre o lugar, Barcellos et al. (2002, p. 130) afirmam que: “se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar”.

Apesar desta pesquisa não ter analisado a prática dos serviços de saúde no controle da TB, o exame do conteúdo dos documentos leva a supor que a aproximação com o cotidiano popular pode ocorrer tão somente com o objetivo de aproveitamento do espaço da APS para se ordenar o enfrentamento do problema TB, de modo a chegar aos doentes e fazê-los tomar o medicamento. Não fica clara, no conteúdo dos textos analisados, uma aproximação entre serviço de saúde e população na construção de problematizações emancipadoras.

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

Uma visão consequente de mobilização social deve partir de uma reflexão interdisciplinar com foco nas ciências sociais críticas e no respeito ao saber popular. Freire (1987, p. 35) enfatiza que numa relação educativa em que se desenvolve a “educação bancária”, na qual o educador ‘deposita’ conhecimentos sobre o educando, há uma experiência de realidade funcionalmente domesticadora. Quando o educando não tem a sua autonomia respeitada a educação está a serviço da domesticação (Freire, 1996).

A ação autoritária e prescritiva, seja através da estratégia DOTS ou da educação em saúde tradicional no tratamento da questão da TB, sugere o bloqueio da autonomia e a vulnerabilização. Sevalho (2018) aponta que não é possível falar de autonomia sem falar de vulnerabilidade. A autonomia se contrapõe à dependência, opressão e vulnerabilidade em uma dinâmica relacional de dominação.

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

Um aspecto a se destacar é a proximidade entre as concepções de mobilização social presentes nos documentos e nos artigos analisados. A produção científica parece reproduzir o discurso dos documentos, dos órgãos oficiais e das instituições financiadoras (OMS, Ministério da Saúde e Fundo Global). Mesmo existindo um referencial teórico nacional e latino-americano crítico acerca da temática, as produções científicas se associam ao paradigma científico dominante. Não há evidências, nos textos analisados, de referenciais críticos do campo da educação em saúde, das ciências sociais e da vigilância em saúde.

Diante dos achados, sugere-se, como Santos (2010a), o exercício de uma vigilância epistemológica constante, associada à resistência sociopolítica. O biológico não caminha separado do social. As dinâmicas globais não estão desatreladas da dimensão do lugar.

Enquanto a ordem do neoliberalismo ainda avança em nível global, é urgente o desenvolvimento da teorização e da prática críticas no trabalho em saúde. Sabe-se que um concreto enfrentamento da TB depende de uma grande transformação na sociedade. Para tanto é necessário, com inspiração em Santos (2007, p. 68), reinventar a emancipação social e “ultrapassar algumas tradições funestas e nefastas na teoria e na prática crítica da modernidade”. A insistência em medidas biomédicas, positivistas, abrigadas em discursos de inovação, alimenta o projeto de dominação e domesticação das populações vulneráveis.

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Concepção, elaboração, redação do texto: CFFB.

Revisão crítica do texto: RMO; GS.

Redação final: CFFB; GS.

Financiamento

Não houve financiamento.

Conflito de interesses

Não há conflitos de interesses.

Aspectos éticos

Embora o artigo não tenha desenvolvido pesquisa diretamente com seres humanos ou animais, o projeto de mestrado do qual é oriundo foi aprovado pelo CEP da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz sob o número de protocolo 1.711.218, CAAE 577971116.6.0000.5240, de 03 de setembro de 2016.

Apresentação prévia

Este artigo originou de dissertação de mestrado de Carlos F. F. Brazão intitulado “A mobilização social na perspectiva da vigilância e do controle da tuberculose no Brasil: uma apreciação crítica”, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, em 2017.

Referências

ALMEIDA-FILHO, Naomar; JUCÁ, Vlândia. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002. DOI: 10.1590/S1413-81232002000400019.

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

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: GENTILI, Pablo; SADER, Emir. (org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático*. São Paulo: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.

ANDRADE, Rayla P. S. *et al.* Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4.857-4.863, 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v8.4466 .

ARAÚJO, Liliana G. P; SALDANHA, Rejane A.; COLONESE, Carmen R. O enfermeiro e a educação em saúde, no atendimento aos portadores de tuberculose (TB) na unidade básica de saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 378-386, 2014.

BARCELLOS, Christovam *et al.* Organização espacial e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2007.

BERTOLLI FILHO, Claudio. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. (Coleção Antropologia & Saúde). Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4/pdf/bertolli-9788575412886.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. *Programa Nacional de Controle da Tuberculose*. Brasília: MS, 2004.

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil livre da tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, v. 50, n. 9, 2019.

BREILH, Jaime. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 937-951, 2003. DOI: 10.1590/S1413-81232003000400016.

BREILH, Jaime. *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de salud*. Ponencia presentada en: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos, Rio de Janeiro, out, 2011. Disponível em: <http://repositorionew.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh%2C%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.

BULGARELLI, Alexandre F.; VILLA, Tereza C.S.; PINTO, Ione C. Organização social e controle da tuberculose: a experiência de um município brasileiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, set./out. 2013. DOI: 10.1590/S0104-11692013000500005.

CAMPOS, Claudinei J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004. DOI: 10.1590/S0034-71672004000500019.

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

CASTELLANOS, Pedro L. Análisis de situación de salud de poblaciones. In: MARTÍNEZ-NAVARRO, Ferrán (org.). *Vigilância epidemiológica*. Madrid: McGraw- Hill/Interramericana, 2004. p. 193-213.

CORTHALS, Angélique *et al.* Detecting the Immune System Response of a 500 Year-Old Inca Mummy. *PLOS ONE*, San Francisco, v. 7, n. 7, jul. 2012. DOI: 10.1371/journal.pone.0041244.

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

CURTO, Márcio *et al.* Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre a orientação a comunidade e participação comunitária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 983-989, set./out. 2010. DOI: 10.1590/S0104-11692010000500020.

DALCOLMO, Margareth. Tuberculose não é coisa do passado. *Agência Fiocruz de notícias*, Rio de Janeiro, 26 mar. 2015. Opinião. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/tuberculose-nao-e-coisa-do-passado>. Acesso em: 24 fev. 2019.

FIGUEIREDO, Tânia M. R. M. *et al.* Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 5, 2009. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000054.

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

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

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Fiocruz gerencia Fundo Global na luta contra a tuberculose. *Agência Fiocruz de notícias*, Rio de Janeiro, 23 fev. 2007. Informe ENSP. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-gerencia-fundo-global-na-luta-contra-a-tuberculose>. Acesso em: 03 mar. 2019.

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

MACHADO, Luiz A. A sociabilidade excludente. In: GENTILI, Pablo; SADER, Emir. (org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático*. São Paulo: Paz e Terra, 1995. p. 134-137.

MONKEN, Mauricio; BARCELLOS, Christovam C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300024.311X2005000300024.

PAIM, Jairnilson S. *Reforma Sanitária: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PÔRTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, p. 43-49, 2007. Sup. 1. DOI: 10.1590/S0034-89102007000800007.

RIZZOTTO, Maria L. F. Neoliberalismo e Saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C. F. (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 275-279.

RODRIGUES, Carlos H. L. Considerações sobre o primeiro governo Fernando Henrique Cardoso: contradições do discurso e acirramento da implementação do neoliberalismo. In: ENCUESTRO INTERNACIONAL ECONOMIA, POLÍTICA Y DERECHOS HUMANOS, 4., 2010, Buenos Aires. *Anais [...]*. Buenos Aires: Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, 2010. Disponível em: <http://www.madres.org/documentos/doc20100924140957.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2019.

RUFFINO-NETTO, Antonio; PEREIRA, José C. Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso do Rio de Janeiro. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 12, p. 27-34, 1981.

RUFFINO-NETTO, Antonio. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002. DOI: 10.1590/S0037-86822002000100010.

SAN PEDRO, Alexandre; OLIVEIRA, Rosely M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática de literatura. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v.33, n. 4, p. 294-301, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n4/a09v33n4.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

SANTOS, Boaventura S. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo, 2007.

SANTOS, Boaventura S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, Boaventura S.; MENESES, Maria P. (org.). *Epistemologia do Sul*. São Paulo: Cortez Editora, 2010a. p. 31-83.

SANTOS, Boaventura S. *Um discurso sobre as ciências*. 7. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010b.

SANTOS FILHO, Ezio T.; GOMES, Zaira M. S. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, p. 111-116, 2007. Supl. 1. DOI: 10.1590/S0034-89102007000800015.

SANTOS, Vivian A. A.; SOUZA, Fabiana B. A.; CUNHA, Fátima T. S. Organizações Não Governamentais de tuberculose do Rio de Janeiro, Brasil: motivações e vínculos na primeira década do século XXI. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 305-312, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622015.0124.

SEVALHO, Gil. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 611-632, 2016. DOI: 10.1590/S0103-73312016000200014.

SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-188, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622016.0822.

STOTZ, Eduardo N. Movimentos Sociais e Saúde: notas para uma discussão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 264-268, 1994. DOI: 10.1590/S0102-311X1994000200014.

STOTZ, Eduardo N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-30, mar. 2005. DOI: 10.1590/S1981-77462005000100002.

STOTZ, Eduardo N. Entre a academia e a rua: Victor Vincent Valla (1937-2009). *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 461-466, out./dez. 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000400018.

THE GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA. Program Grant Agreement. Annex A: Program Implementation Description. 2007. Disponível em: http://docs.theglobalfund.org/program-documents/GF_PD_002_aec94149-f1d4-49fd-93ac-91fdc36a489a.pdf. Acesso em: 16 ago. 2020.

TOGNONI, Gianni. *Manual de epidemiologia comunitária*. Buenos Aires: Edición CECOMET, 1997. Disponível em: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/manual.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

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

VALLA, Victor V. Comentários a “Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 31-32, 1998. DOI: 10.1590/1413-812319983102622014.

VASCONCELOS, Eymard M. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 67- 83, 2004. DOI: 10.1590/S0103-73312004000100005.

WALDMAN, Eliseu A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 8, n. 3, set. 1998. DOI: 10.5123/S0104-16731998000300002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global tuberculosis report 2019*. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 17 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report*. WHO, 2009. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44241/1/9789241598866_eng.pdf. Acesso em: 10 dez. 2015.