



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Dias Fortesa, Pablo

A justa dose da medida: o tratamento compulsório da tuberculose em questão
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 20, núm. 58, julio-septiembre, 2016, pp.
743-751

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180146193018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A justa dose da medida:

o tratamento compulsório da tuberculose em questão

Pablo Dias Fortes^(a)

Fortes PD. The fair measure of treatment: compulsory treatment of tuberculosis in debate. Interface (Botucatu). 2016; 20(58):743-51.

This paper seeks to contribute to the discussion about the compulsory treatment of tuberculosis through the questioning of some of its ethical implications. To do so, it intends to discuss antinomies found in the medical and legal defense of the practice, analyzing it at the end, from the perspective of four meanings of the concept of justice.

Keywords: Compulsory treatment of tuberculosis. Ethics. Morality. Justice.

O presente artigo busca contribuir com a discussão sobre o tratamento compulsório da tuberculose a partir da problematização de algumas de suas implicações éticas. Para tanto, procura pôr em questão antinomias encontradas na defesa sanitária e jurídica da medida, analisando-a, ao final, sob o prisma de quatro sentidos do conceito de justiça.

Palavras-chave: Tratamento compulsório da tuberculose. Ética. Moral. Justiça.

^(a) Centro de Referência
Professor Hélio Fraga,
Escola Nacional de
Saúde Pública, Fundação
Oswaldo Cruz.
Estrada de Curicica,
nº 2000, Jacarepaguá.
Rio de Janeiro, RJ,
Brasil. 22780-194.
pdiasfortes@gmail.com

Um panorama

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada três pessoas no planeta é portadora do bacilo de Koch, bactéria causadora da tuberculose (TB). Só em 2013, além de nove milhões de indivíduos terem desenvolvido a doença, 1,5 milhão veio a óbito, fazendo dela, assim, a mais letal entre as doenças infectocontagiosas no mundo¹.

Concentrando, em média, 73 mil novos casos por ano, o Brasil acumulou, sozinho, 4.577 mortes no ano de 2013, afetando, sobretudo, a população mais pobre e vulnerável dos grandes centros urbanos. Embora tecnicamente evitáveis por meio de tratamento gratuito pelo SUS, mais de 10% das mortes registradas em 2012 já foram associadas a casos de drogasresistência², fato que tem tornado o controle da doença no país um desafio ainda mais grave e preocupante.

Especialistas apontam que o surgimento desse novo quadro epidemiológico está, em parte, relacionado com a recusa do tratamento pelos próprios pacientes, o que contribui para o desenvolvimento de bactérias resistentes transmitidas sob o mesmo padrão de contaminação via área.

Com efeito, o tratamento da TB envolve um significativo esforço tanto do paciente quanto dos profissionais de saúde. De caráter ambulatorial e com duração mínima de seis meses, o tratamento consiste, basicamente, na administração diária de medicamentos e no acompanhamento clínico do doente. Segundo a OMS, a forma mais adequada para o êxito terapêutico é a utilização da estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-Course*), a qual, dentre outras práticas, inclui a recomendação de observação direta do paciente durante a ingestão dos medicamentos. Após 15 dias de tratamento ininterrupto, o paciente, na maioria dos casos, não oferece mais risco de contaminação.

Atualmente, no Brasil, a taxa de abandono do tratamento da TB tem sido estimada acima dos 10% dos casos notificados, mais que o dobro dos 5% preconizados pela OMS³. Isso significa que, dos 73 mil indivíduos diagnosticados por ano, ao menos sete mil deles – em sua maioria homens adultos, pobres, de baixa escolaridade e usuário de álcool e/ou outras drogas – continuam a circular, sem acompanhamento médico, sobretudo, pelos grandes centros urbanos.

Não obstante, estudos qualitativos têm mostrado que o abandono do tratamento da TB envolve, igualmente, fatores de outra natureza, tais como: a baixa autoestima, o sentimento de solidão, o estigma, a ausência de redes de apoio familiar e comunitário etc⁴⁻⁷.

A situação também se torna mais dramática com a preocupação crescente da associação TB-HIV. Segundo informe da Secretaria de Vigilância em Saúde², os resultados da testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose, em 2014, apontaram para a existência de 10,4% de pessoas com a coinfeção TB-HIV. Os dados são preocupantes, uma vez que, além de retratarem apenas 62,7% desses casos, começam a descrever realidades cujo manejo clínico é ainda mais delicado.

É no âmbito, portanto, desse complexo e difícil cenário, no qual se inter cruzam diferentes questões, desafios e problemas, que se registra, entre nós, o tema do tratamento compulsório da tuberculose.

O assunto, a propósito, não é objeto de consenso. No dia 4 de setembro de 2014, o Observatório Tuberculose Brasil, entidade representativa da sociedade civil, divulgou uma nota com o seguinte teor de alerta:

Sem que se ofereça um serviço de saúde adequado, com um acolhimento humanizado e medidas de apoio para a adesão ao tratamento, cresce a utilização arbitrária da internação compulsória como medida sanitária de contenção da doença, uma dupla penalização, estigmatização e a vitimização dos pacientes de tuberculose. Uma questão ética: estamos voltando às práticas do isolamento e internação compulsória do século passado?⁸

A nota se referia, então, à notícia veiculada, um dia antes, pelo jornal “Correio do Estado”, a respeito de uma ação movida pelo Ministério Público do Mato Grosso do Sul, com o objetivo de determinar o tratamento de um homem de 34 anos. De acordo, ainda, com a notícia, além de acolhida judicialmente, consta da ação o argumento, com base em precedentes já ocorridos em outros estados, de que a medida foi necessária “não só para proteger a vida do paciente, mas, também, de outras pessoas que poderão ser contaminadas”⁹.

Dentro desse contexto, o presente artigo busca contribuir com a discussão sobre o tratamento compulsório da tuberculose a partir da problematização de algumas de suas implicações éticas. Para tanto, procura pôr em questão antinomias encontradas na defesa sanitária e jurídica da medida, analisando-a, ao final, sob o prisma de quatro sentidos do conceito de justiça.

Direitos difusos, paradoxos, reconhecimento e acusação moral

Ao que tudo indica, é precisamente o argumento apresentado acima, pelo Ministério Público do Mato Grosso do Sul, que se encontra, hoje, no centro da reflexão ética do problema. No jargão técnico do direito, trata-se da chamada defesa dos “direitos difusos”, os quais se referem juridicamente à classe dos interesses “[...] compartilhados por pessoas indetermináveis, que se encontram unidas por circunstâncias de fato conexas”¹⁰ (p. 53).

No caso do abandono do tratamento da TB, tais circunstâncias se caracterizam pelo claro risco do contágio, levando representantes do discurso sanitário a se posicionarem francamente a favor da medida. Contudo, mesmo sob o eventual amparo da Justiça, esse posicionamento não está imune a certas contradições.

Em carta publicada, ainda em 2003, pelo Jornal Brasileiro de Pneumologia, e com o sugestivo título de *Tratamento compulsório da tuberculose: avanço ou retrocesso?*, a tese da internação involuntária é justificada, por exemplo, “após esgotadas todas as medidas anteriormente discutidas”¹¹ (p. 51). Embora a autora não enumere tais medidas, infere-se, pelo texto, que estas últimas se referem, sem exceção, à própria estrutura dos serviços de saúde, o que acaba por revelar, portanto, um sintomático paradoxo da questão: se as medidas de prevenção do tratamento compulsório dependem da eficiência dos serviços de saúde, qual o sentido em se propor, como “última saída”, o retorno obrigatório a esses mesmos serviços?

As curiosidades do texto, entretanto, não param por aí. A terminologia usada pela autora sobre os pacientes “recalcitrantes” oferece outra oportuna ocasião para reflexão. Segundo o dicionário, a palavra se aplica àquele(a) que “desobedece insistentemente”¹² (p.634). Sob esse aspecto, caberia, então, a pergunta: há, por acaso, um critério eticamente objetivo (protocolo, recomendação etc.) para aferir, em relação ao tratamento da TB, o limite de uma “desobediência insistente”? O texto, publicado em uma das mais importantes revistas da área, não deixa pistas.

O termo, aliás, está presente, também, em outros documentos. Em parecer emitido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, é dito textualmente o seguinte: “Outro aspecto a ser considerado é que indivíduos recalcitrantes não precisam apenas de internação compulsória, mas também de equipe multidisciplinar que possa ajudá-los a entender a importância da adesão ao tratamento adequado” [...].¹³

Nesse caso ainda, além do emprego explícito do termo, outro paradoxo parece ganhar evidência: afinal, por que razão os pacientes internados compulsoriamente precisariam entender, ao mesmo tempo, a importância da adesão ao tratamento? Não se supõe aí a premissa de que ele não mais recalcitre?

Nesse sentido, convém lembrar que o modelo de atenção preconizado pelo SUS compreende a criação e manutenção do vínculo como um dos elementos-chave da prática de saúde. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde, particularmente aqueles que atuam na Atenção Básica, adotarem estratégias e métodos com base nas relações de confiança e no princípio da corresponsabilidade, favorecendo, assim, a adesão ao tratamento.

Evidentemente, não se ignoram os enormes desafios estruturais intrínsecos a esse modelo. Por outro lado, restaria saber, também, se ele pode vingar, de fato, sem antes mirar nos aspectos moralmente constitutivos das relações humanas.

Aqui é possível pensar, por exemplo, nas instigantes reflexões de Axel Honneth sobre a ideia de “reconhecimento”. Com base na filosofia dialética de Hegel e na psicologia social de George Mead, Honneth busca reestabelecer, com essa ideia, o nexos essencialmente pragmático (e não menos agonístico) entre ética e comunicação – reflexo da estrutura intersubjetiva que marca a dinâmica simbólica da vida social. Nesse sentido, mais do que que agentes condenados à mútua coordenação

linguística de nossas ações, como enfatiza a teoria habermasiana do agir comunicativo, estaríamos também envolvidos numa “gramática” ainda mais elementar, isto é, numa luta moralmente motivada em nome da própria realização interpessoal de nossa identidade. É essa luta, em particular, fundada na condição reciprocamente determinada dessa mesma experiência, que Honneth chama de *luta por reconhecimento*¹⁴.

Como se pode notar, a compreensão de que estamos todos submersos num drama psicossocial em torno das propriedades individuais que estimamos ou não uns nos outros revela, de forma inequívoca, o que está verdadeiramente em jogo no conceito de “vínculo”: sem ações concretas voltadas, no âmbito dos serviços, para a construção de autênticos ambientes de troca (o que talvez exija a invenção de objetivos comuns não terapêuticos), e não, apenas, de “oferta”, portanto, de informação e tecnologia, dificilmente será possível estabelecer uma conexão com as expectativas “demasiadamente humanas” dos pacientes.

Voltando às questões terminológicas, estudos no campo da sociologia e antropologia da moral têm chamado atenção ainda para como determinados dispositivos linguísticos podem funcionar sempre que se sujeita uma ação a uma indagação valorativa. Entendidos também como *accounts* (“prestação de contas”), tais dispositivos acabam por acionar cognitivamente mecanismos sutis de culpabilização, a partir dos quais se atribui, como resposta a um julgamento (real ou suposto), uma marca negativa a alguém. Em outras palavras, trata-se de uma dimensão igualmente pragmática da comunicação humana, revertendo-se, por assim dizer, sempre em nova acusação moral. Como explica Werneck:

Uma acusação opera um movimento moral de estabelecimento de papéis: de um lado, alguém que se investe do direito (e do dever, por que não?) de apontar o outro como a “causa” de uma negatividade. A etimologia ajuda a ter uma imagem clara de suas capacidades: vem do latim *accusare*, formado por *ad*, contra, e *causari*, apontar como causa. Mas, para além da origem da palavra, o sentido de acusar é perceptível: ela, para funcionar, depende de um dispositivo cognitivo específico, a *culpa*.¹⁵ (p. 35)

“A sociedade e a medicina”, escreve Claudio Bertolli Filho, “não extinguiram os processos imputadores de marcas morais aos enfermos”¹⁶ (p. 230). E isso pode se tornar tanto mais tentador quando, para o profissional de saúde, restar apenas o sentimento de frustração (em si legítimo) a respeito do “fracasso” deste ou daquele caso. Sendo assim, o cuidado na utilização de certos termos, especialmente no campo das ações de controle da TB, deve ser redobrado. Mesmo a palavra “abandono”, que serve para classificar, oficialmente, um dos desfechos do tratamento no Brasil, merece ponderação. Seu emprego sugere uma ação basicamente unilateral, simplificando, assim, o que, do ponto de vista do modelo de atenção à saúde, requer, em termos sociológicos, um olhar mais cuidadoso.

Seja como for, seria injusto negligenciar, também, a importância de iniciativas já realizadas em busca da construção coletiva desse olhar. Nesse sentido, cabe destacar o exemplo do 1º Seminário “Tuberculose, cidadania e Direitos Humanos: refletindo sobre deveres para afirmação dos direitos das pessoas com Tuberculose”. Realizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT/MS), com apoio e participação da OPAS/OMS, o evento reuniu, em agosto de 2010, em Brasília: diversos gestores, promotores de justiça, procuradores, profissionais de saúde, ativistas e especialistas em bioética. É fruto desse mesmo encontro a elaboração do livro *Direitos humanos, cidadania e tuberculose na perspectiva da legislação brasileira*, no qual se pode ler, em passagem correspondente ao tratamento compulsório, o seguinte:

Como recurso extremo, após esgotadas todas as possibilidades de mediação sem que o paciente consiga e/ou decida pela adesão ao tratamento, há possibilidade de intervenção judicial para internação compulsória. Esta medida deve ser avaliada criteriosamente, caso a caso, por um juiz competente (orientado por profissionais de saúde e assistentes sociais), através do devido processo legal, garantindo-se o contraditório e a ampla defesa.¹⁷(p. 62)

Os múltiplos sentidos da justiça

Não resta dúvida de que o tratamento compulsório da TB, seja ambulatorial ou via internação hospitalar, suscita, enquanto objeto de promoção da justiça, uma série de indagações concernentes às suas implicações éticas. Isso porque, no cerne da questão, dois princípios de nossa imaginação moral parecem claramente se chocar: de um lado, o princípio da “autonomia”, do outro, a defesa do “interesse público”.

Esse choque é particularmente mais visível nas sociedades que, tal como a brasileira, recebeu, sem prejuízo de outras contribuições culturais, uma forte influência de tradições políticas calcadas, a exemplo da própria democracia, na valorização da liberdade individual.

Ocorre que, como bem já lembrou Derrida, a justiça é, por definição, “aquilo que não deve esperar”¹⁸ (p. 51). E é precisamente o caráter dessa exigência, fundada no apelo a uma ordem inadiável, que parece tornar o problema um dilema *ético*: afinal, têm ou não os pacientes com TB o direito de recusar o tratamento?

A julgar pelo que tem sido, conforme já indicamos, o entendimento de alguns promotores de justiça, não. Em uma ação civil pública proposta em 2009 no estado de São Paulo, pode-se ler a seguinte afirmação de um deles: “É inquestionável que a saúde pública é direito difuso do cidadão a ser protegido quando e onde estiver sendo violado, como no caso vertente, que demanda pronta intervenção judicial já que, na esfera administrativa, não se obteve êxito para que tal violação fosse solucionada”.¹⁹

A ação, ocorrida numa cidade do interior paulista, propunha o tratamento compulsório de um homem adulto diagnosticado com TB multirresistente e que, segundo o serviço de saúde local, manifestou seu interesse em não continuar o tratamento, “apesar das várias tentativas de dissuadi-lo do contrário por parte da equipe do Ambulatório de Especialidades”.¹⁹

Ora, sabe-se que, cumprindo o rito ordinário em torno da veracidade dos fatos e da instrução legal do processo, é comum a qualquer ação civil pública articular princípios, eventos e razões para o seu respectivo ajuizamento. Em tais circunstâncias, dois elementos chamam atenção no caso aqui em tela. O primeiro deles diz respeito à afirmação do promotor sobre as motivações religiosas do paciente, as quais, segundo ele, teriam contribuído decisivamente para o abandono do tratamento. O mais notável aí, contudo, é a declaração de que a decisão contou com o incentivo dos próprios líderes da comunidade religiosa do paciente, sem abarcar, porém, nenhuma indicação ao que caberia judicialmente a eles.

Já o segundo elemento, e não menos intrigante, consiste, como um dos fundamentos da medida, em uma analogia feita com o Decreto nº 24.559/34, o qual dispõe, em seu artigo 11, o seguinte trecho destacado na ação: “A internação de psicopatas toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares será feita por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial”.¹⁹

Por sinal, essa curiosa referência “histórica” às ações de saúde mental no Brasil não se encontra isolada. Em uma ação movida, em 2007, em outra cidade do mesmo estado, o promotor chega a ressaltar que “As normas pátrias, no que tange aos direitos previdenciários, conferem identidade de tratamento aos portadores de tuberculose e de transtornos mentais violentos”. Para logo a seguir concluir:

Tal identidade de abordagem deve ser preservada relativamente ao que se refere à forma de tratamento desses casos, posto que, em ambos, o traço característico é a impossibilidade do enfermo se opor ao tratamento, devido à certeza de sua periculosidade para a sociedade, pois, neste caso, o interesse público é colocado antes do seu interesse pessoal.²⁰

Parece evidente por que, em face desses poucos exemplos, o tratamento compulsório da TB pode (e deve) ser colocado em questão. Pois, além de expressarem uma perspectiva nitidamente *judicializante* do assunto, eles nos convocam a pensar, também, em que medida essa mesma perspectiva representa a última palavra em matéria de justiça.

Como se poderá observar adiante, não se trata de pôr em julgamento a atuação individual de promotores, mas de salientar, num outro plano de análise, o que nem sempre é captado pela ótica da operação formal do direito.

Dentro desse contexto, não deixa de ser espantoso verificar, ainda a respeito das duas ações descritas acima, a sutil aproximação da TB a fenômenos típicos da saúde mental. Convém não esquecer, no entanto, que a tuberculose é uma doença transmissível, afetando, sobretudo, as pessoas mais pobres e que vivem sob más condições de moradia. Nesse sentido, não teriam aqueles mesmos cidadãos o direito, também, de protestar, perguntando, então, onde estava o senso de justiça e proteção do Estado antes que, qualquer que seja a hipótese, pudessem ter sido contaminados?

É precisamente esse tipo de questão que nos leva a pensar em reflexões que, sem negar a importância de sua dimensão jurídica, têm buscado, todavia, explorar outras dimensões do conceito de justiça. Assim, poderíamos destacar, por exemplo, a perspectiva teórica de Amartya Sen, na qual, em franco diálogo com a obra de John Rawls, aponta, em especial em *A Ideia de Justiça*, para o papel central da desigualdade das capacidades – entendidas filosoficamente como potenciais de realização humana –, na avaliação e correção das disparidades sociais²¹. Num paralelo próximo, Martha Nussbaum, sobretudo em *Fronteiras da Justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento à espécie*, convida-nos a refletir, em revista de fôlego das teorias do contrato social, mas, também, da própria abordagem das capacidades de Sen, sobre como o problema dos sentimentos morais goza de irrefutável relevância filosófica para o debate ético/político contemporâneo²². Por último, as ideias de Michael Sandel – notavelmente desenvolvidas em seu livro *Justiça, o que é fazer a coisa certa* –, analisando criticamente os limites do utilitarismo e do liberalismo econômico na defesa implacável de uma verdadeira política do bem comum²³.

Todos esses autores, em que pese a substantiva diferença de abordagens entre eles, ajudam-nos a perceber que, em se tratando de justiça, são múltiplos os seus sentidos possíveis. Sem nos estender muito aqui, mas dentro do que nos propomos desde o início, gostaríamos de apresentar, agora, uma interpretação própria sobre esses múltiplos sentidos. Ela não faz alusão direta aos autores apontados acima, mas reflete o entendimento, a partir de suas contribuições, de, pelo menos, quatro sentidos discerníveis que podemos empregar para melhor examinar em qual deles se encontra a defesa do tratamento compulsório da TB.

O primeiro desses sentidos é o que, numa aposta inicial, compreendemos sob o signo da “recompensa”. Em termos morais, trata-se do que, comumente, aplicamos a situações onde o mérito individual é reivindicado como o principal valor a ser considerado. A prova de um concurso público, na qual candidatos concorrem entre si para o preenchimento de uma vaga, costuma ser o exemplo mais emblemático desse sentido de justiça.

O segundo sentido guarda uma íntima relação com o primeiro. É o que podemos chamar de justiça como “oportunidade”. Nesse caso, trata-se de garantir, nas situações de inevitável concorrência que marcam a vida social, não somente as mesmas condições de disputa, mas, também, a inclusão daqueles que, por alguma razão, encontram-se em nítida desvantagem ou plenamente excluídos da opção de se beneficiarem dos resultados trazidos por tais situações. De certa forma, esse é o sentido que mais se aproxima do conceito de equidade, amplamente empregado na formulação e implementação de políticas públicas em favor da democratização da sociedade.

O terceiro sentido consiste, na verdade, em uma espécie de pré-requisito do segundo. Pois, para uma sociedade produzir igualdade de oportunidade a todos, bem como promover a inclusão social, é necessário que ela apresente, em si mesma, um alto grau de coesão entre seus membros. Assim, tanto mais justa ela será quanto mais intensa for a força de sua “coesão social”. O interessante aqui é podermos correlacionar diretamente esse sentido de justiça a uma das camadas intermediárias do famoso modelo de determinação social de saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (por eles definida como “redes sociais e comunitárias”), então utilizado pela própria Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde.

Por fim, o quarto e último sentido encerra a ideia propriamente dita de justiça como “reparação”. Nesse caso, trata-se do legítimo movimento pelo qual, no âmbito do estado de direito, procura-se contrapesar um dano cometido por um ator social (individual ou coletivo) a outro ator social, ou, simplesmente, contra a lei.

Com base nesse breve – e, certamente, incompleto – quadro interpretativo, não é difícil supor que é desse último sentido de justiça que se trata a defesa do tratamento compulsório da TB. Sua singularidade filosófica consiste na tradução ética do argumento da prevalência do interesse público, fundado no risco de disseminação da doença, em uma espécie de “reparação preventiva”. Todavia, permanece a questão sobre se o mesmo raciocínio não pode ser utilizado em defesa das pessoas que são alvo da medida, exigindo, assim, uma reparação do próprio Estado ao dano que, por negligência, este lhes causou. Mas qual seria aí o fiel da balança? Como pensar essa reparação de modo que o contrapeso não signifique, redundantemente, o que já era dever do Estado? É possível falar plenamente em “justiça” nesse contexto?

Com efeito, seria inevitável alcançarmos uma real problematização do tema sem que chegássemos a essas perguntas. Além de manter a tensão moral do dilema, elas parecem mostrar, também, as dificuldades que decorrem de uma visão puramente formal da justiça. Com isso, não se está afirmando a sua impossibilidade concreta, mas que sua solidez depende igualmente de outras valorações éticas.

Talvez só uma análise comparativa do conjunto mais recente das ações civis públicas em defesa do tratamento compulsório da TB pudesse revelar melhor quais têm sido, no Brasil, essas valorações éticas. Como observa, afinal, Michel Foucault:

As práticas judiciais – a maneira pela qual, entre os homens, se arbitram os danos e as responsabilidades, o modo pelo qual, na história do Ocidente, se concebeu e se definiu a maneira como os homens podiam ser julgados em função dos erros que haviam cometido, a maneira como se impôs a determinados indivíduos a reparação de algumas de suas ações e a punição de outras, todas essas regras ou, se quiserem, todas essas práticas regulares, é claro, mas também modificadas sem cessar através da história – me parecem uma das formas pelas quais nossa sociedade definiu tipos de subjetividade, formas de saber e, por conseguinte, relações entre o homem e a verdade que merecem ser estudadas.²⁴ (p. 11)

Diante do escasso acúmulo acadêmico com essa abordagem sobre o assunto, tal análise cumpriria, então, um relevante papel filosófico na reconstrução de sua própria dimensão pública.

Referências

1. WHO. Global tuberculosis report [Internet]. Genebra: WHO Press, World Health Organization; 2014 [acesso 2015 Out 13]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf?ua=1
2. Ministério da Saúde (BR). Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Vigilância em Saúde; 2015 [acesso 2015 Out 13]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007---BE-Tuberculose---para-substitui---o-no-site.pdf>
3. Viana PVS. Tuberculose no Brasil: Uma análise dos dados de notificação, segundo macroregião e raça/cor, para o período 2008-2011 [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 2014.

4. Lima MB, Mello DA, Morais APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):877-85.
5. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):365-72.
6. Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo TA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):904-10.
7. Sousa MPF, Luna IT, Silva KL, Pinheiro PNC. Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. *Rev Gaucha Enferm*. 2012; 33(2):139-45.
8. Observatório Tuberculose Brasil. Tuberculose, judicialização e a criminalização de pacientes [Internet]. Rio de Janeiro; 2014 [acesso 2015 Out 13]. Disponível em: https://www.facebook.com/permalink.php?id=555910484440729&story_fbid=830184127013362
9. Correio do Estado (Mato Grosso do Sul). MS tem primeiro caso de internação compulsória de tuberculose por decisão judicial [Internet]. Campo Grande; 2014 [acesso 2015 Out 13]. Disponível em: <http://www.correiodoestado.com.br/cidades/ms-tem-primeiro-caso-de-internacao-compulsoria-de-tuberculose-por-deci/226349/>
10. Mazzilli HN. A defesa dos direitos difusos em juízo. 28a ed. São Paulo: Saraiva; 2015.
11. Ribeiro AS [cartas]. *J Pneumologia*. 2003; 29(1):50-2.
12. Houaiss A, Villar MS. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa. 3a ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2008.
13. Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará (CREMEC). Parecer nº 19/2009 [Internet]. Fortaleza; 2009 [acesso 2015 Out 13]. Disponível em: <http://www.cremec.com.br/pareceres/2009/par1909.pdf>
14. Honneth A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. 2a ed. São Paulo: Ed. 34; 2003.
15. Werneck A, organizador. Estudos de sociologia e antropologia da moral. Rio de Janeiro: Casa da Palavra; 2014.
16. Bertolli Filho C. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
17. Organização Pan-Americana de Saúde. Direitos humanos, cidadania e tuberculose na perspectiva da legislação brasileira. Brasília: OPAS; 2015.
18. Derrida J. Força de lei: o fundamento místico da autoridade. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
19. Estado de São Paulo. Ministério Público. Proposta de Ação Civil Pública [Internet]. São José do Rio Preto; 2003 [acesso 2015 Out 13]. Disponível em: <https://www.google.com.br/>
22. Nussbaum MC. Fronteiras da justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento à espécie. São Paulo: Martins Fontes; 2013.
23. Sandel MJ. Justiça – o que é fazer a coisa certa. 17a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
24. Foucault M. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: Nau; 2003.

Fortes PD. La medida de un trato justo: el tratamiento obligatorio de la tuberculosis en cuestión. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(58):743-51.

Este artículo tiene como objetivo contribuir a la discusión sobre el tratamiento obligatorio de la tuberculosis desde el cuestionamiento de algunas de sus implicaciones éticas. Para ello, analiza ciertas contradicciones encontradas en la defensa médica y jurídica de la medida del tratamiento obligatorio de la tuberculosis. Finalmente, serán presentados cuatro significados del concepto de justicia relacionados con esta medida.

Palabras clave: Tratamiento obligatorio de la tuberculosis. Ética. Moral. Justicia.

Recebido em 19/10/15. Aprovado em 24/11/15.