



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

Departamento de Serviço Social – SER

Gleice Kelly da Silva Moreira

**DETERMINANTES SOCIAIS DA TUBERCULOSE E ATUAÇÃO
DO SERVIÇO SOCIAL: UM ESTUDO EM CAMPO DE ESTÁGIO
NO GAMA.**

Brasília DF

2017

Gleice kelly da Silva Moreira

**DETERMINANTES SOCIAIS DA TUBERCULOSE E ATUAÇÃO
DO SERVIÇO SOCIAL: UM ESTUDO EM CAMPO DE ESTÁGIO
NO GAMA.**

**Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social
na Universidade de Brasília para obtenção do diploma de
graduação em Serviço Social, sob orientação do Prof. Dr.
Cristiano Guedes.**

Brasília DF

2017

Monografia submetida ao corpo docente da Universidade de Brasília – UnB, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Cristiano Guedes

Orientador

(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – SER/IH/UnB)

Prof.^a Dr. Lucélia Luiz Pereira

(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – SER/IH/UnB)

Assistente Social Maria do Socorro Diniz

(Membro externo ao SER/UnB)

Brasília DF

2017

Dedico essa monografia a minha família e parentes que tanto amo e aos meus avós Maria da Conceição e Izabel do Carmo, em especial ao meu querido avô Geraldino Moreira (in memória) por ter sido um avô esplêndido e de coração enorme.

Agradecimentos

Acadêmicos

Ao meu querido orientador Dr^o Cristiano Guedes por todo comprometimento, paciência, lições, por ter sido meu supervisor acadêmico no estágio 1 e 2, suas aulas me ajudaram muito em meu crescimento profissional. Também por ter aceitado a difícil tarefa de ser meu orientador de PTCC e TCC, sou muito grata ao senhor, obrigada por ser essa pessoa maravilhosa;

À minha queridíssima e maravilhosa supervisora de campo no estágio obrigatório, Maria do Socorro Diniz, por me mostrar como é a atuação do serviço social na prática, por sempre estar pronta a me ajudar, por ser um exemplo de assistente social e por ter aceitado gentilmente compor minha banca de monografia;

À professora Dr^a Lucélia Pereira por compor a banca de avaliação da monografia e pelas aulas ministradas em introdução ao serviço social, raça, gênero e etnia, seus ensinamentos foram muito importantes na minha graduação, obrigada;

Às assistentes sociais Regiane do (centro de saúde de Santa Maria) e a Graziella de Souza do (hospital regional do Gama);

Aos professores Ricardo Gaspar e João Paulo, e às meninas Júlia, Tamilyn, Ester, Rebecca, Pollyana, Carol, Jowana, essa galera linda que representou junto comigo a UnB em Rondônia no projeto Rondon cinquentenário, vocês são maravilhosos;

À professora do departamento de psicologia Eileen pelo coração enorme e pela experiência incrível que tive no grupo de extensão: livros abertos aqui todos contam!.

Pessoais

A Deus por ter me dado forças durante toda a graduação e por estar comigo sempre;

A minha família por serem meu tudo, meu pai Antonio Aguinaldo Moreira, minha mãe Vanilda da Silva Moreira e aos meus irmãos Antoniel, Cláudio Junio e Manoel, amo vocês;

Ao meu noivo Tony Alves por toda inspiração, pelos momentos que estive comigo me apoiando e dando palavras sábias durante o processo do PTCC e TCC e por sempre estar nos momentos bons e nos difíceis, sendo esse companheiro admirável, obrigada por tudo, meu amor, por poder sempre contar com você;

As minhas amigas que estão comigo em desde o ensino médio, Cynthia, Ludmilla e Kelly, amo vocês meninas;

Aos meus amigos que conheci na graduação e quero levar para toda a vida:

Meu amigo irmão Leonardo (Léo Dias) por ter sido, desde o primeiro dia que pisei na UnB e durante todo o processo da graduação, um amigo muito especial, obrigada por cada palavra e ajuda nos momentos difíceis, levarei sua amizade para sempre;

A Sarah Azevedo minha amiga especial, gratidão por cada conversa, goles de café e por estar comigo sempre que precisei;

A Valdenise Barreto, minha “brilhosa”, que esteve comigo sempre quando precisei por cada conversa e duvidas a cerca de tudo principalmente do TCC;

A Patrícia Vasconcellos por ser tão linda, amiga, maravilhosa e ser sempre calma na minha vida durante processo de graduação;

Ao Marcello Souza amigão gratidão à vida por te conhecer e por contribuir na minha graduação;

A Mikaelly (ney) e a Thayane obrigada pela amizade de vocês por serem tão maravilhosas;

A Ana Paula Sousa, que tive experiências maravilhosas com você na graduação obrigada por tudo; e

A Valnéia por ter sido uma amiga maravilhosa e super disposta a tudo.

“Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente
diferentes e totalmente livres”.

Rosa Luxemburgo

Resumo

A tuberculose é uma doença bacteriana conhecida há séculos, está ligada as condições de vida que estão submetidas os indivíduos, totalmente estigmatizada pela sociedade, é tratada somente no sistema único de saúde. Quando descoberta no início, e o paciente se submete ao tratamento, ocorre cura em 100% para a doença. Seu tratamento leva seis meses. No Brasil, os índices de evasão são bem mais do que preconizado pela a OMS. Existem falhas na cobertura do tratamento e em locais periféricos, para se chegar ao resultado, leva-se mais tempo do que está preconizado no Ministério da Saúde. O atendimento e tratamento da doença se da na atenção primária e secundária. Este Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo conhecer os desafios do profissional de Serviço Social no atendimento a pessoas com tuberculose no HRG e como é a dinâmica do exercício profissional do Serviço Social no contexto da área pesquisada junto à equipe interdisciplinar. Foi feito diário de campo durante o estágio supervisionado com observações participantes e também relatos com duas assistentes sociais. Os resultados apontam que têm muitos entraves na intervenção do assistente social na tuberculose frente aos cortes que sofrem a política de saúde e a falta de materiais para o trabalho. Os índices de evasão no hospital são altos e a doença é estigmatizada, a equipe interdisciplinar com o assistente social faz um trabalho conjunto com o objetivo de facilitar a adesão do paciente ao tratamento. Faz-se necessário a inserção de profissionais da psicologia e terapia ocupacional.

Palavras-chaves: Saúde; Determinantes Sociais; Tuberculose; e Assistente Social.

Lista de abreviaturas

CF – Constituição Federal.

DNPS – Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária.

DS – Determinantes Sociais.

MS – Ministério da Saúde.

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose.

SIDA - Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA – em inglês: acquiredimmunodeficiencysyndrome AIDS, HIV).

SUS – Sistema Único de Saúde.

TB – Tuberculose.

Sumário

Introdução.....	12
Capítulo 1 – Tuberculose e Determinantes Sociais: Resgate histórico da doença no Brasil; movimentos sociais; e políticas públicas no campo da tuberculose.....	16
1.1.Contexto histórico e o combate contra a tuberculose.....	16
1.2.A reforma sanitária e a tuberculose.....	21
1.3.Tuberculose e o que vem sendo pesquisado e as problemáticas expostas frente à cobertura e ao tratamento.....	23
2.0. A falta de apoio do governo e a relevância do Serviço Social.....	25
3.0. Tuberculose e estigma que perpetua na doença.....	26
4.0. Determinantes Sociais na tuberculose e questão social.....	31
5.0. Análise dos boletins epidemiológicos 2012-2017 limites e estratégias do controle da tuberculose.....	32
Capítulo 2 – Serviço Social e o atendimento no âmbito hospitalar na saúde: Atribuições do Assistente Social na área e desafios.....	40
2.1. O assistente social inserido no campo da saúde.....	40
2.2. Entraves na atuação do Assistente Social.....	42
2.3. A importância dos temas e disciplinas na formação profissional.....	47
Capítulo 3 – Análise de dados.....	50
3.1. Serviço Social no âmbito hospitalar: Relato da experiência de estágio no HRG.....	50
3.2. Percepção no âmbito da tuberculose.....	55

3.3. O atendimento na tuberculose no Hospital Regional do Gama.....	56
3.4. Cortes nos recursos para saúde, os percalços na viabilização dos direitos dos pacientes.....	59
3.5. Tuberculose e o estigma aos portadores da doença.....	60
3.6. Perfil e os motivos que levam a evasão dos pacientes da tuberculose no HRG.....	62
3.7. Serviço social e as relações de poder no Hospital do Gama.....	63
Considerações Finais.....	65
Referências Bibliográficas.....	67

Introdução

O estudo foi no HRG, onde realizei meu estágio obrigatório, baseado em meu diário de campo, observações participantes e relatos com os profissionais na tuberculose visam mostrar como se dá a atuação do assistente social junto com a equipe interdisciplinar na área da fisiologia, o que leva a evasão dos pacientes e os limites que impossibilitam a uma maior cobertura no tratamento.

O objetivo foi conhecer os desafios do profissional de Serviço Social no atendimento a pessoas com tuberculose no HRG e como é a dinâmica do exercício profissional do Serviço Social no contexto da área pesquisada junto à equipe interdisciplinar. A dificuldade da intervenção no tratamento da tuberculose está ligada aos fatores sociais e evasão do tratamento.

No Hospital do Gama, foi realizado o estágio obrigatório na área da tuberculose, e foi percebido a grande quantidade de pacientes que estão em situação de rua, de extrema vulnerabilidade, etilistas e em drogadição, portadores de HIV. Através de um levantamento de dados obtive como resultado que a grande maioria abandonava o tratamento. E um dos grandes motivos era o tempo ocioso que passavam. Diante disso foi constatada a necessidade de colocar em pauta o porquê da evasão e como a equipe da área age diante disso e quais os mecanismos para o paciente não evadir.

As motivações para o tema, de início, manifestou-se uma inquietação pelo silêncio da academia no que tange a tuberculose e a intervenção do Assistente Social nessa área, em uma busca pela banca de monografias não foram encontradas no curso de Serviço Social da Universidade de Brasília nada que abordasse a doença, visto que o Brasil é um país subdesenvolvido e os números de pessoas que contraem a doença nesses países são maiores. Em etapa posterior e com a autorização de um comitê de ética pretendo fazer um estudo mais amplo com profissionais do Distrito Federal durante uma pós-graduação.

Destarte os objetivos que foi guiado nessa pesquisa foram: analisar as atribuições e competências do profissional do Assistente Social, no âmbito com pessoas portadoras da tuberculose; identificar a dinâmica do exercício profissional do Serviço Social no contexto da área pesquisada junto à equipe interdisciplinar; e detectar as dificuldades e possibilidades da atuação da profissão do Assistente Social na instituição.

A tuberculose infecta um grande número de pessoas em países subdesenvolvidos, no qual se inclui o Brasil. São necessários amplos estudos inclusive

na área de Serviço Social acerca da patologia, para uma maior qualidade e conhecimento do tratamento, por isso é extremamente importante o olhar do assistente social sobre o paciente tubérculo.

Este estudo é de essencial importância para a categoria profissional do Serviço Social. A academia e equipe interdisciplinar do hospital regional do Gama, na área da tuberculose, também necessita de uma análise para saber como se dá a intervenção do Assistente Social, quais seus limites e possibilidades, pois o abandono ao tratamento da tuberculose ainda é muito grande, as ideias preconcebidas e o preconceito de quem está infectado com a doença, ainda são mitos que não foram derrubados com o avanço da tecnologia.

Em um mundo em que a divisão de classe permanece, onde existir rico e pobre é naturalizado e com a concentração da riqueza mundial nas mãos de pouquíssimas pessoas. É impreterivelmente inescusável a discussão acerca da tuberculose uma vez que ela não provém do nada, mas sim das condições de sobrevivência que estão postos os cidadãos de baixa renda. Muito se tem visto os planos de diminuição da doença ao longo dos anos, mas de fato é basilar um olhar mais metuculoso sobre as condições de sobrevivência que vivem essas pessoas. A tuberculose é considerada uma doença socialmente determinada como também o processo de produção e reprodução que se relaciona aos modos como vivem e trabalham os cidadãos.

Esta pesquisa tem como contribuições para a área da tuberculose no hospital, o maior entendimento da doença e humanização do atendimento aos pacientes, como também a importância de um terapeuta ocupacional na área nos períodos de ociosidade, para o trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar, para a criação de oficinas ou algo que evite a evasão do tratamento, a forma de não deter somente um saber científico mais também social, mostrar também os percalços que o próprio profissional do Serviço Social passa por falta de subsídios e ferramentas para seu trabalho e compreender quais são as competências do Assistente Social na área e fortalecer o elo entre a equipe junto ao Assistente Social.

Como também propor subsídios no que se refere às estratégias profissionais do assistente social na área da tuberculose, tendo em vista o ineditismo das ações desse serviço em saúde e ausência de referências sobre o exercício profissional nesse espaço de ocupação dos profissionais.

O presente estudo teve como abordagem teórico metodológica, o marxismo com o olhar crítico dialético, identificando a totalidade do objeto na pesquisa, a realidade em

sua essência que nos fará analisar a contradição existente na sociedade, e sendo ele um método de investigação válido para identificação e a explicação dos fenômenos sociais, um vez que condensa a capacidade de aproximação não apenas do objeto que se pretende estudar, mas, também, da realidade em que esse objeto se constitui historicamente.

A pesquisa é qualitativa para coleta de dados, como complemento e subsídio à pesquisa em campo. Que de acordo com Minayo (2012, p.626) “a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico”.

Conforme Minayo (1995) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares em uma pesquisa, com nível de realidade vivenciada que não pode ser quantificado, a mesma trabalha com o universo de significados. E Gil (2002) apresenta que na pesquisa qualitativa há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito.

Foi feita a revisão bibliográfica sobre temáticas relevantes ao tema, diário de campo na época do meu estágio supervisionado que fiz na instituição, documentos do núcleo do serviço social no HRG, e também documentos significativos como legislações entre outros.

A pesquisa foi de caráter exploratório que segundo Creswell (2010, p.52) “significa que não foi escrito muita coisa sobre o tópico ou sobre a população que está sendo estudada, e que o pesquisador procura ouvir os participantes e desenvolver um entendimento nas ideias deles”. A realização da coleta de dados, ocorreu através dos relatos das profissionais que atuam na área pesquisada.

Durante o processo de escrita do trabalho foi mantido total sigilo e cuidados éticos durante o processo observacional, diálogos registrados com as profissionais e redação dos diários de campo que subsidiaram essa monografia.

As profissionais participantes da pesquisa com as quais dialoguei sobre o tema assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE), para fins de análise. Foi mantido sigilo acerca dos nomes das participantes da pesquisa durante todas as fases e quaisquer outras informações que possam levar à identificação das assistentes sociais.

A presente monografia foi dividida em três partes. O primeiro capítulo apresenta a história da tuberculose no século XIX e XX, quais foram as formas de tratamento, os avanços que obteve, como era a saúde antes do processo de reforma sanitária e como foi depois da Constituição Federal, como também o que as contrarreformas acarretaram

para a política de saúde. O que vem sendo publicado acerca da tuberculose; o estigma da doença; os determinantes sociais na tuberculose e a questão social; e as análises dos boletins epidemiológicos da doença.

O segundo capítulo trata do assistente social inserido no campo da saúde, resoluções que os respaldam como profissionais de saúde, entraves na atuação do profissional, a importância de disciplinas na graduação que tratam de temas como raça, gênero e etnia e o serviço social no âmbito hospitalar a partir da minha experiência de estágio na instituição.

O terceiro e último capítulo consiste na análise de dados, que teve como resultados, diante dos cortes na saúde, o sucateamento da saúde, usuários prejudicados com atendimento ao usuário, precarização dos trabalhadores de saúde, os estigmas na fisiologia presentes nos perfis dos pacientes e as relações de poder.

Capítulo I

Tuberculose e Determinantes Sociais: Resgate histórico da doença no Brasil; movimentos sociais; e políticas públicas no campo da Tuberculose.

1.1 Contexto histórico e o combate contra a tuberculose.

A tuberculose é uma doença bacteriana conhecida há séculos, está ligada a más condições de higiene, saneamento, habitação, educação e problemas de saúde pública, com ocorrência maior em países subdesenvolvidos. Por ser a Tuberculose transmitida de uma pessoa a outra por via aérea, (em locais fechados) aumenta a probabilidade de contaminação.

A doença é um agravo influenciado por determinantes sociais e possui maior intensidade em populações marginalizadas (SANTOS, 2007). As vulnerabilidades sociais e individuais do doente devem ser consideradas para um maior controle.

Em um breve resgate histórico Filho (2001) aborda que a tuberculose foi uma ameaça para a coletividade. No século XIX a Tísica foi objeto de vistorias e estudos exaustivos da medicina, nesta era a ciência médica teve como objetivo decifrar a incógnita que representava o portador e a doença. As ações médicas eram através da filantropia, os serviços de saúde eram inexistentes, tinham por realização o estudo e gerenciamento sanitário da Peste Branca¹ com educação higienista impostas aos enfermos.

No Século XX a medicina iniciou estudos sobre saúde pública visando o fim e controle da Tuberculose, com inícios frustrados, a ciência médica e de controle da

¹ Consideraram até a metade do século XX a tuberculose como peste branca, visto que não havia cura e causa definida para o surgimento da doença ou como as pessoas contrairão. Ela afetava qualquer uma das posições sociais, sendo os boêmios e particularmente os pobres que passaram êxodo rural e se instalaram em nos cortiços durante o início da industrialização (BELINE, 2011). Disponível em: https://www.sescsp.org.br/online/artigo/5824_PESTE+BRANCA+A+DOENCA+DA+MISERIA.

Acesso em: 12 jun 2017.

doença vinha com viés estigmatizante do doente, indicando a pobreza como determinante direto da tísica.

Na década anterior no Brasil, a varíola foi superada pela tuberculose, sendo ela um grave problema, entretanto nem sempre estava ligada a emergência social. Em suas representações sociais a tuberculose na transição do século XIX e início do XX era conhecida como doença dos poetas, eles uma vez afetados por ela apercebiam se atraente, tratando-a como processo de individualização. Basicamente sofriam de duas coisas: tédio e tuberculose. Nessa época, ela estava relacionada a um sentimentalismo, doença interior do sentimento, quem a tinha era notado com outros olhos, ou seja, admirado (PÔRTO, 2007).

Poetas, artistas e intelectuais devido à vida boêmia e desregrada que muitos deles cultivavam por estarem constantemente deprimidos, entregavam-se aos vícios do álcool e do fumo, além de más condições de higiene e alimentação, tornavam-se fracos e debilitados, ficando vulneráveis a qualquer tipo de doença, esses grupos eram potenciais portadores. Entretanto os que não a vivenciavam e ansiavam por adquiri-la, como no caso de Casimiro de Abreu, como é citado por (MONTENEGRO, 1971, p.27).

“Eu desejo uma doença grave, perigosa, longa mesma (sic), pois já me cansa essa monotonia da boa saúde. Mas queria a tísica com todas as suas peripécias, queria ir definhando liricamente, soltando sempre os últimos cantos da vida e depois expirar no meio de perfumes debaixo do céu azulado da Itália, ou no meio dessa natureza sublime que rodeia o Queimado.”

O poeta em 1859 foi acometido pela tuberculose e morreu em 18 de outubro de 1860 com 21 anos de idade. Artistas e poetas se inspiravam e faziam versos sobre como era experimentá-la, para os mesmos era necessária à experiência da doença, por isso tinham necessidade de possuí-la, a mazela era de caráter nobre e de inteligência artística, marcadamente romântica e com uma posição de refinamento. Era uma doença mortal como ressalta Pôrto (2007, p. 45) “a doença era vista como resultado inevitável de uma vida dedicada a excessos”.

Na época, a Tuberculose fez riqueza na literatura ligada a moral da pessoa, os portadores dela procuravam uma compreensão, solução plausível, visto que ainda não tinha um saber da medicina sobre a doença. “O jovem que aspirasse a carreira de literato deveria ostentar um pouco de magreza, cor pálida e tosse, como complemento aos dotes intelectuais que sente borbulhar dentro de si (PÔRTO, 2007. p. 44)”. Nesse momento da história a doença foi engrandecida artisticamente, valorizando os sentimentos dos que a

carregavam em seus corpos e desprezando sua presença nos cortiços, e entre os trabalhadores.

O poeta Manuel Bandeira era Tísico, descobriu a doença aos dezoito anos, em decorrência disso abandonou o sonho de ser arquiteto. A doença naquele tempo era tida como uma condenação, ocorrendo já nessa época o isolamento físico, o tratamento era em sanatórios sendo lugares altos que possibilitavam o descanso. Neste ambiente, ele se dedicou a literatura, por isso, em alto grau é marcante em seus versos a patologia, o mesmo não morreu de TB, a doença em seu corpo tinha se tornado crônica, subsequentemente veio a falecer por consequência de uma hemorragia digestiva intensa que ocorreu em 1968, com 80 anos.

O autor ao longo da sua vida esforçou-se na construção da sua imagem, para responder à perguntas que se fazia sobre o impacto que ela causava, Bandeira contribuiu para a mudança do modelo romântico da tuberculose para o naturalista. Em pneumotórax publicado em 1930, aborda sua experiência quando estava em isolamento.

Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos. A vida inteira que podia ter sido e que não foi. Tosse, tosse, tosse. Mandou chamar o médico: – Diga trinta e três. – Trinta e três... Trinta e três... Trinta e três... – Respire... – O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e o pulmão direito infiltrado. – Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax? – Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

Conforme traz Pôrto (2000) a pessoa portadora da tuberculose constrói-se a partir de um intrincado labor de reestruturação de sua identidade que é quebrada pela doença, e isto era feito por Bandeira. Poetas renomados como Castro Alves, Cruz e Souza, Alvarez de Azevedo, Nelson Rodrigues foram tísicos.

Nessa época conforme Pôrto (2007, p. 45) “A partir da segunda metade do século XIX, atinge-se o que pode chamar de uma economia política do corpo que, por um lado, pretende garantir a dominação da classe burguesa”. Desta forma passou a ser pensada a enfermidade como preocupação de ordem social, já que quem a adquirisse não podia exercer sua força de trabalho.

Posto isso, adentrando a era do capitalismo no Brasil, com a lógica de produção, extensão da classe trabalhadora, a burguesia presava por demonstração de corpo saudável. Na tuberculose teve uma perspectiva naturalista, reforçando o estigma e preconceito, tudo que vinha com viés para o fim de adquirir bens e herança através do

trabalho, era banido. A tuberculose foi transformada em tratamento severo, passando a representar miséria social, pobreza, defeito hereditário.

O Brasil foi acompanhando a evolução europeia, desenvolveram suas formas de combate à doença construindo sanatórios para o tratamento, alguns ficaram famosos sendo uns deles em Correias e Friburgo.

Como formas para combater a doença, a luta contra a TB teve início no séc. XX em 1900 com a criação da “Liga Brasileira contra a Tuberculose - LBT”, a mesma teve duas linhas de ação: preventiva e a outra de tratamento, através dela juntamente com parcerias de instituições privadas estimularam a criação de casas de repouso; sanatórios e hospitais, esses locais eram em cidades com climas adequados.

Vinte anos mais tarde, em 1927, com avanços científicos houve a criação da vacinação (BCG) foi criado “preventórios” pela concepção de que os filhos dos tuberculosos precisavam ser separados dos pais, e também a criação de dispensários “clínicas de isolamento”, com objetivo nos fatores de fortalecimento do crédito médico – social das ligas, e também a profilaxia “Tratamento de prevenção” de tuberculose (FILHO, 2001).

Até o início da década de 30, o tratamento foi mundialmente assumido com a forma de climatoterapia² para obter a cura. Assim, surgiu o Ministério de Educação em Saúde Pública, pois anteriormente as atividades de saúde estavam divididas entre Departamento Nacional de Saúde Pública e algumas em outros órgãos federais de administração, foi incluso também as ações de controle da TB nos serviços assistenciais dos institutos e caixas de aposentadoria e pensões (HIJJAR; et.al 2007).

Neste sentido, com a nova forma de produção sendo ela a capitalista, houve formas de prevenir e cuidar das pessoas portadoras do bacilo. Maciel et.al (2012) nos trás que em 1940 o tratamento da TB era a base de repouso e boa alimentação, nessa década surgiu os antibióticos e os quimioterápicos.

Como o número de infectados era elevado, teve a necessidade de criar cidades em lugares montanhosos para os tuberculosos como em Campos do Jordão, São José dos campos etc., uma vez visto que não tinham alternativas de tratamento, todos que residiam nesses locais eram portadores do bacilo.

² É a terapêutica pelo clima em suas várias modalidades, tratamento de doenças por meio da permanência em local de condições climáticas diversas das existentes no local de residência do paciente. Fonte: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/climatoterapia/28622>.

Em hospitais dessas localidades, os médicos e pacientes transmitiam a doença uns para os outros, isto conforme Filho (2001) levou médicos e estudantes portadores da tuberculose a se unirem na faculdade de medicina em Minas Gerais, onde teve uma turma específica, para se capacitar e especializar através de sua doença com a finalidade para se chegar a cura.

Todavia até em 1940 a doença era relacionada à péssima conduta moral e ética, a promiscuidade como composição da anamnese. Os médicos com a finalidade de descobrir os mistérios da doença passaram a criar perfis específicos de pacientes, tanto que como prescrição médica era tido a conversão moral da pessoa. Avançando para o controle e cura da TB em 1941 o Serviço Nacional de Tuberculose foi constituído (SNT) devido a focalização na administração sanitária. E em 1946 a Campanha Nacional da Tuberculose (CNCT) é lançada com a orientação e coordenação do SNT, (HIJJAR; et.al 2007).

É instituído em 1960 a obrigatoriedade da vacinação BCG, o exame até essa década era obrigatório no Brasil entre os testes para ingresso em novos empregos, a notificação compulsória da doença e a gratuidade na prevenção do tratamento. Ocorreu também o esquema usando três antibióticos ao mesmo tempo no período de 18 a 24 meses – hoje se reduziu há seis meses -, governo, médico, pesquisadores da área tinham a expectativa de acabar com a doença ainda no séc. 20, mas com o desencadeamento da saúde pública, crise financeira mundial e a AIDS jogou por terra essa estimativa (MACIEL; et.al; 2012).

Nos anos setenta o controle estatal da Tuberculose foi através da Divisão Nacional de Tuberculose e posteriormente em 1976 criou a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS). Com a reestruturação no Ministério da saúde foi extinto o DNPS prejudicando a cobertura e aumentando os casos de pessoas acometidas no país. O marco dessa época foi a introdução da quimioterapia de curta duração, sendo o Brasil o primeiro a padronizar o esquema de seis meses para o tratamento e com toda medicação via oral (MACIEL; et.al; 2012).

1.2 A reforma sanitária e a tuberculose

O foco da saúde no século XX era dar a essa política um caráter privatista, com serviços privados, prática médica lucrativa e criação de um complexo médico industrial de medicamentos, fortalecendo e favorecendo o capitalismo.

A atenção à saúde era com enfoque na doença de forma biologicista e não nos determinantes sociais múltiplos que levavam o indivíduo a adoecer. De tal forma, a população se mostrava insatisfeita com a prática na saúde e o alto preço dos medicamentos.

Diante do exposto, um dos problemas para não extinção ou controle da tuberculose principalmente em 1964, foi os investimentos no setor privado ao invés do público através de convênios. Esses hospitais foram construídos com dinheiro público, e a saúde gratuita ficou em segundo plano, como a população não tinha verba para cuidar da sua saúde o número de doenças aumentaram.

Sem alternativas do Estado para resolver a problemática, a população, por volta da década de 70, começou a se organizar de maneira engajada e introdutória tomando consciência da necessidade de uma reforma na saúde.

A organização deu como resultado o início do processo da reforma sanitária que foi resultante da movimentação da sociedade brasileira em defesa da democracia, direitos sociais e um sistema de saúde igualitário e justo.

Ao final dos anos 70, com o fim da ditadura militar, os problemas de saúde foram discutidos por movimentos sociais de bairro formado por estudantes, professores acadêmicos, profissionais da saúde como também trabalhadores, esses consolidaram o movimento de reforma brasileiro (BRAVO; MATOS. 2006), com toda essa organização política, ocorreu em 1986 a 8ª conferência de saúde em Brasília que lançou as bases para o SUS existir.

No tripé da seguridade social sendo ela marcada por sua forma tardia, comparada a outros países, a saúde foi a política setorial que alcançou mais avanços, tendo como uma das proposições o projeto de reforma sanitária, com embasamento e interiorização da sociedade civil advindo dos movimentos sociais da década de 1970, sendo esses defensores da democratização da saúde. A bandeira na época foi Democracia é Saúde (ESCOREL, 1988). E “em 1990 o sistema único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela LOS- Lei Orgânica da Saúde” (CFESS, 2010, p.18).

Devido à grande mobilização da sociedade e pressão aos constituintes, a saúde foi a que obteve mais progressos, ela ficou em cinco artigos sendo do Art. 196 – 200 e neles está escrito que é um direito de todos e dever do Estado, que a saúde deverá ser viabilizada mediante políticas sociais e econômicas de responsabilidade do poder público regulamentar.

Posterior, a constituição de 88 ocorreu em 1989 o consenso de Washington onde nesse congresso teve o objetivo de desenvolvimento e o neoliberalismo, com isso o Brasil aplicou no decorrer dos anos 90 inicia suas contrarreformas nos direitos sociais, com a lógica da não participação do Estado na economia, instaurando a crise de acumulação, flexibilização do trabalho e privatização no país.

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde colocando diante a sociedade que a instituição pública de saúde é ineficaz, como também restringindo o financiamento público e rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de subsistemas básicos sendo responsabilidade do Estado. Os ambulatórios de referência e especializados na doença, que trabalhavam com níveis elevados de complexidade, foram transformados em Organizações Sociais (CFESS, 2010).

Com isso, é observado que o governo vem fortalecendo a lógica capitalista, e ante esses retrocessos e emendas constitucionais que desestabilizam a seguridade, fica em disputa o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista sendo este de grande importância para o governo e o capitalismo. A mesma administração focaliza os projetos da reforma sanitária e mantém a desresponsabilização. No sistema de saúde, apresenta-se um progressivo desfinanciamento resultando uma grande dificuldade até mesmo dos gestores para manterem o sistema (CFESS, 2009).

Nos anos 90 é sancionada a lei 8080, que ratifica e amplia o que a CF de 88 estabeleceu dispondo sobre as condições a proteção e recuperação da saúde, em seu Art. 3 aborda que os níveis de saúde expressam a organização da sociedade e economia considerando assim os determinantes sociais como condicionantes para uma população saudável.

Em 1990 observou o aumento de casos da enfermidade nas regiões do Brasil, com grandes números em partes urbanas e com o aumento da infecção pelo vírus HIV. A OMS em 1993 classificou a tuberculose como doença reemergente, pela piora nas condições de vida, aumento da pobreza e as aglomerações, em 1994 o Brasil manteve o aumento, mas com novas perspectivas dos problemas pontuais da doença foi criado o plano Emergencial lançado pelo Ministério da Saúde.

No ano de 1998 as Coordenadorias Macro – Regionais e do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica juntamente com o Núcleo de Centros de Excelência elaboraram o plano estratégico de controle da TB no país (HIJJAR; et.al 2007).

Sendo assim no ano 2000 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Plano Nacional de Mobilização para eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose e em 2001, o Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da tuberculose no Brasil no período de 2001 – 2005.

A Organização Mundial da Saúde para alcançar um grande número de cura para a TB, com 85% de casos descobertos e para a efetivação do tratamento e redução a mesma recomendou o DOTS- tratamento diretamente observado. Atualmente o país tem mostrado elevada dificuldades para sua implementação (HIJJAR; et.al 2007).

1.3 Tuberculose o que vem sendo pesquisado e as problemáticas expostas frente à cobertura e ao tratamento.

A Tuberculose no Brasil é questão de saúde pública e tratada somente no SUS, o número de pessoas portadoras da patologia está elevado e milhares de pessoas ainda adoecem e morrem, a doença é antiga, mas a cada dia ela vem se disseminando nas camadas pobres da sociedade, de acordo com dados da OMS o Brasil ocupa a 20ª posição em incidência da doença.

Na época atual vem sendo publicado vários artigos a respeito da tuberculose e os determinantes sociais, sendo eles grande preocupação de saúde pública, Maciel (2016) faz uma análise das estratégias da agenda pós-2015 para controle da (TB) para o fim da doença até em 2035. E em 2012 a Organização Mundial de Saúde (OMS) discute pela primeira vez o tema determinantes sociais enquanto fator para os indicadores da doença, no Brasil esses determinantes somam à destruição desigual de acesso à segurança alimentar e à moradia. Ainda falta a oportunidade de ação da Saúde Pública diante da realidade da tuberculose e sua prevenção, outro é a oferta de tratamento para a infecção latente em larga escala. Concluiu-se que deve ter mais esforços no combate à pobreza e à desigualdade social com políticas de transferência de renda e de mobilidade social.

Em pesquisa sobre tuberculose os autores Marcel e Salles (2016) tiveram o objetivo de repensar novas estratégias de controle e prevenção da tuberculose, as formas de tratar e diagnosticar os casos com medidas fundamentais para o seu controle. De

acordo com os dados do artigo, o maior número de transmissão se insere nas comunidades.

Como resultado foi proposto um fluxograma de vigilância territorial da patologia com a técnica do ecomapa, que de acordo com o Ministério da Saúde, representa o formato gráfico das relações da família com o meio social e que no território tenha como objetivo centrado na atenção primária e na construção de redes sociais do indivíduo com a doença. Foram duas estratégias: cunho individual e abordagem coletiva de educação em saúde. Esse fluxograma na prática dá atenção primária à saúde podendo orientar o processo de trabalho e organização da demanda e uma iniciação precoce para os que forem portadores da doença. Nos grupos sociais têm maior número de pessoas informadas sobre as causas da doença. Essas ações apresenta um avanço para a vigilância epidemiológica da tuberculose (MARCEL; SALLES, 2016).

Há problemas na cobertura do programa nacional da tuberculose, a falta de estrutura e a insuficiência na ascensão da população mais distante das capitais dos Estados brasileiros, conforme aborda o artigo de Sidegum et al. (2015), são problemas abordados na feita em Canoas- RS para saber quanto tempo levava para diagnosticar a tuberculose e se o teste de escarro da doença e o tempo para a obtenção do resultado para o início do tratamento era de 48 horas. Como resultado relatou que são realizadas menos exames de baciloscopia do que recomendado pelo Ministério da Saúde, e a obtenção do resultado para o início também foram elevados bem a mais que recomendado. No estudo foram três dias para o início do tratamento, houve lugares que foram sete dias.

Essa problemática similar é relatada em outro estado do Brasil por Sasaki et al. (2015), o objetivo do artigo era medir os atrasos na suspeita e no diagnóstico da doença como, também, identificar quais foram os fatores que levaram à demora. Entrevistou 100 doentes diagnosticados e notificados em 2008 e 2009, atendidos pelos serviços de Saúde em São José do Rio Preto-SP, as médias de atrasos foram de 15 dias a mais do que preconiza o Ministério da Saúde, o motivo dos atrasos foram as distancias percorridas pelos pacientes para obter atendimento na instituição especializada. Essa pesquisa obteve como resultado as lacunas nas ações no controle da (TB) em relação à organização dos serviços, e ressalta a exponencial importância da atenção primária de saúde para resolver as adversidades de frequência e relevância no seu território.

Uma das perspectivas para o fim da (TB) no país aparece como desafio à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e também à qualificação, os programas de

tuberculose precisam implementar ações que qualifiquem os serviços prestados (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO; 2016, p. 1).

2. A falta de apoio do Governo e a relevância do Serviço Social

No Distrito Federal a falta de verbas no SUS é exorbitante, o governo vê como saída a essa crise na saúde a inserção de organizações sociais (O's) nas instituições. De fato é notório que com essa inserção só irá piorar a saúde pública, a redução de verba para a mesma é alta. De acordo com a Agencia Brasil (2015) os cortes na saúde atingiram R\$ 11,774 bilhões. Como mostra também (NASCIMENTO, 2016) o desfalque na saúde e educação foi de R\$ 21,2 bilhões no orçamento de 2016, na saúde de R\$ 90,34 bilhões foi para R\$ 87,98 bilhões.

SOUZA (2016) em entrevista com o ex-ministro Chioro 2014-2015 abordou, que segundo ele, na saúde, os cortes foram de R\$ 84 bilhões para R\$ 65 bilhões a menos para o próximo ano. No Distrito Federal Augusto (2016) trata a falta de verbas no governo Distrital, e que isso colocou um entrave no projeto de expansão da saúde que sofreu corte de 88% em 2016.

Diante desse conjunto de problemas no SUS, para um êxito maior, é de substancial importância à interdisciplinaridade na saúde, como também a intersetorialidade, o trabalho em redes principalmente na área da tuberculose, visando a fortalecer as políticas de seguridade social para superar a fragmentação e pragmatismo dos serviços e o atendimento às necessidades sociais dos indivíduos, o Assistente Social inserido no trabalho em equipe da saúde dispõe de ângulos particulares como a observação na interpretação das condições de saúde do usuário e a diferenciação para o encaminhamento do seu processo de trabalho.

A saúde discutida como uma perspectiva de direito social conforme a Constituição de 88 sendo dever plenamente do estado explana uma visão mais ampliada com políticas que visem o desenvolvimento e redução das injustiças sociais, ultrapassando, conforme aborda Nogueira e Miotto (2006, p.6) “uma abordagem limitada e centrada no discurso acrítico e normativo”. Resgatando os princípios em conformidade com a reforma sanitária como a superação da ação filantrópica na igreja católica que ocorreram nas décadas antecedentes a constituinte.

3. Tuberculose e estigma que perpetua na doença

A tuberculose hoje é vista como um tabu e estereótipo da população, quando se discute a doença surgem entraves e preconceito pelos agentes de saúde, por ser ligada ao pensamento de incapacidade de subsistência, farras, bebidas, malgrado. Sendo digno de censura, conversar sobre a doença ainda traz traços mistificadores.

O estudo realizado por COUTO et.al (2014) aborda os fatores determinantes para a evasão no tratamento da tuberculose. Os motivos são: os pacientes são usuários de álcool e outras drogas; vulnerabilidade econômica; religião; acesso ao tratamento; os vínculos com a equipe multidisciplinar na instituição; o ambiente social que o indivíduo está inserido; os efeitos colaterais do tratamento que por motivo econômico, não se alimentam adequadamente; e o acesso da medicação dificultada para a população carcerária.

São considerados em sua pesquisa que tem uma desorganização no serviço de saúde, demora no atendimento, falta de vínculo entre o usuário e a equipe de saúde. Obteve como resultado que os fatores determinantes da fisiologia mostrou-se complexo, sendo as vulnerabilidades ligadas à pobreza e às drogas causadores dos maiores índices de evasão, e a maneira que os serviços de saúde é organizado nas estratégias para controlar a doença.

Na pesquisa de Soares et. al (2017), o objetivo foi abordar as proporções de abandono do tratamento segundo características sociodemográficas e clinico-epidemiológicas dos casos novos de tuberculose no estado de Pernambuco, no período de 2001 a 2014. Como resultados os motivos que levaram à evasão do tratamento foram: desconforto pela falta de alimento ao fazer usos da medicação, etc., fatores extrínsecos: operacionalização dos serviços de saúde e a forma de tratamento, o perfil da população que evadiu foi homens na faixa etária de 20 a 39 anos, ensino fundamental incompleto, negros e indígenas, os altos números de interrupção do tratamento foram os usuários etilistas.

Existem lacunas para o controle da tuberculose. No que refere a organização dos serviços de saúde, um deles é o afastamento da equipe médica que atende o usuário em tratamento, as ideias pré-concebidas que os profissionais têm dos pacientes dificulta mais a adesão ao tratamento.

Portanto, observa-se uma falta de qualificação profissional, existe um elo frágil, perpetuando assim o estigma que, conforme Goffman (1978) é um termo de profunda depreciação, sendo os estigmatizados e os “normais” estão na mesma situação social, é a relação entre atributo e estereótipo, assim a forma de interação e situação em que o indivíduo se encontra impossibilitado pelo meio de obter uma aceitação social de igualdade diante do preconceito. Para Goffman (1975, p.12) “A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias”.

Trazendo aos olhos a perspectiva de instituição social – que estão distante de extinguir - muito bem explicada e analisada por Goffman (1987) ele a define como local de residência e trabalho onde tem um número elevado de pessoas na mesma situação e separadas da sociedade por um determinado tempo, sendo uma vivência fechada e administrada. Esses estabelecimentos são locais, como conjunto de salas, edifícios, entre outros, tem tendência de fechamento, e sua característica tem como símbolo a barreira com a relação em sociedade e por proibições a saída.

O autor pontua cinco agrupamentos de instituições sociais, mas o foco está na instituição que tem o designo de cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmo, ou seja, o hospital.

Tendo como olhar central no mundo do internado e com base no autor, existe a desumanização e naturalização por parte da equipe dirigente³ não sendo respeitada a vontade e atividades que o indivíduo internado queira fazer diariamente, os atendimentos são rigorosos e rotineiros, no caso do hospital, tratar o fator biológico sem olhar a subjetividade da pessoa.

De acordo com Goffman (1987), os agrupamentos dos internados e a equipe dirigente, tende a ver um ao outro com estereótipos, isso atualmente ainda existe nas instituições, são inerentes a elas, a mobilidade e comunicação é limitada entre doentes e profissionais.

Havendo essas restrições de informação, torna o tratamento problemático. Um exemplo dessa falta de comunicação é a explicação sobre como é o tratamento da tuberculose, visto que grande parte não entendem o porquê da doença e seu surgimento, e como foram acometidos.

³ Termo usado por Erving Goffman em seu livro: Manicômios, prisões e conventos. Quando o autor usa o termo equipe dirigente se trata de funcionários de uma determinada instituição.

Tudo isto é muito complicado para uma maior adaptação e aceitação do processo de tratamento, visto que para obter a cura, o tratamento exige um tempo total de seis meses. Essa exclusão da equipe do hospital aumenta a distancia e o controle, Goffman (1987, p. 20) afirma que “Todas essas restrições de contato ajudam a conservar os estereótipos antagônicos”.

A patologia até nos dias atuais está relacionada à conduta e moral do indivíduo, Goffman (1987) afirma que a instituição total é um híbrido social, um poder modelador, repressivo e mutilador.

Nas instituições estão presentes as relações de poder, como ressalta Goffman (1987), uma relação dinâmica que está presente em toda parte, isso no hospital se dá pelo maior poder hierárquico, os médicos.

Nessas configurações apontadas pelo autor esse espaço é um local para mudar pessoas sobre o que você irá fazer ao seu eu, um processo de culturização, novas condutas, formas de ser, ou seja, a mortificação do eu assim como o mesmo aborda em sua obra. Algo muito ligado a isso é uma nova rotina que o indivíduo tem que seguir, algo que é estranho a ele, no caso da tuberculose é ficar em um local fechado sem poder se locomover por outras áreas, cores neutras em seu quarto, nada para fazer durante o dia, ficar deitado e recebendo alimentação nas horas estipuladas, levando isso a seis meses, é quase impossível uma adaptação eficaz.

Uma das violações do eu apontadas por Goffman (1987) são os relatórios e dossiês que a equipe médica, em turnos distintos, deixam a disposição para outra equipe, falando do comportamento, entrada, medicações e exames médicos que expõem os internados.

Algo semelhante que Benelli (2004) ao citar Foucault (1999) no que tange a instituição total, observa que igualmente como é nos hospitais em relação à tecnologia disciplinar e à distribuição dos indivíduos, levando para o tratamento da tuberculose, observa-se que o enclausuramento, conforme o autor, baseia-se essa forma no modelo conventual, sendo cada um no seu lugar, as regras de localização, no caso dos pacientes, só podem movimentar naquela determinada área, criando assim espaços complexos e difíceis de convivência.

Para a administração do tempo é necessário a disciplina do tempo, a instituição sendo essa o hospital, há hora para tudo, comer; a medicação; falar com o profissional principalmente sendo esse o médico.

No hospital os profissionais cumprem seus horários, ou seja, estão ligados à produção e ao tempo para exercerem sua função, focalizando esse universo.

Tanto para Benelli (2004) como para Goffman (1987) os relatórios, prontuários pessoais fixam o indivíduo na rede de anotações por parte da equipe da instituição, esses exames transformam a pessoa em caso, caracterizando assim uma desumanização. Portanto, no que corresponde a TB, a equipe dirigente que trabalha no hospital pode pensar que está exposto ao perigo da doença, fortalecendo o estigma e preconceito.

Frente a isso, é necessário explicar como mostra Goffman (1987, p. 72): “Como uma instituição total funciona mais ou menos como um estado, sua equipe dirigente sofre um pouco com os problemas enfrentados pelos governantes”. Fato que ocorre no governo, a falta de verba, subsídios para o trabalho, portanto há também limitação para garantia e melhoria na atenção ao internado, isso leva a fazer com que as instituições não atinjam determinados fins.

Dessa maneira, diante do exposto da análise (GOFFMAN, 1987), percebemos que no séc. XXI, com todas as mudanças tecnológicas, as instituições totalitárias não desapareceram, ainda tem a funcionalidade de modo clássico. Incorporou-se a tecnologia, mas de fato sem a mudança.

Desse modo, no que tange a saúde pública e ineficácia do governo frente aos direitos sociais e políticas públicas, Goffman (1987) retrata bem quando aborda que com a falta de recursos e equipamentos significa que não é possível conseguir a finalidade ao paciente.

No caso da Tuberculose isso pode acarretar o isolamento social e dificuldades no controle da doença. A estigmatização constitui um obstáculo em seu controle, os portadores de doenças transmissíveis por vergonha de expressar e buscar a cura eficaz, se automedica intensificando mais a doença em seus corpos.

Como relata o artigo de Rodrigues, Mota e Ferreira (2015) com objetivo de abordar as representações sociais de enfermeiros sobre a tuberculose e explicar o que implica para o atendimento do profissional. Como resultado as representações da doença pautam-se no medo que os enfermeiros têm e acabam provocando o afastamento do doente, gerando preconceito e o estigma. As representações sociais da tuberculose, na pesquisa se organizaram em duas categorias: o contágio evidenciando a vertente clínico-epidemiológica e a vertente social.

No Brasil, há um enorme preconceito em relação a tuberculose, talvez por falta do conhecimento aprofundado da doença ou uma falta de explicação por parte da equipe

médica aos portadores do bacilo, e ausência de uma forma mais didática para explicar às pessoas que não tiveram a oportunidade no ensino escolar. (CRISPIM; et al. 2016) apresenta o processo de adaptação cultural do Brasil na escala da tuberculose para os doentes e o impacto do estigma no comportamento na busca do diagnóstico e adesão ao tratamento, a pesquisa foi elaborada em Ribeirão Preto-SP em dois ambulatórios de referência.

Como resultado, percebeu mais homens acometidos pela doença em fase economicamente produtiva e que a intersetorialidade na saúde envolve a criação de espaços comunicativos para superação de conflitos como também a necessidade de oferecer ferramentas para lidar com o impacto do estigma nas condições de saúde dos doentes. Corroborou à escassez de avaliação do estigma da (TB) em comparação com outras condições de saúde e que as escalas adaptadas e validadas podem contribuir para a investigação das populações acometidas pelo estigma da (TB) e auxiliar nas intervenções de ações de saúde que reflitam na experiência de vida das pessoas afetadas.

Foram publicados recentemente artigos que abordam a internação compulsória de pessoas infectadas pela patologia, isso é preocupante, já que o indivíduo tem total autonomia sobre o seu corpo e o direito de ir e vir. Os afetados também podem indagar onde está a justiça e seus direitos que não foram assegurados, já que a tuberculose é uma doença que está baseada nas condições de sua vida. Como o Assistente Social age diante dessa problemática? É crucial uma abordagem ampla e pautada nos direitos do cidadão sendo esse uma das questões abordadas neste trabalho.

Conforme Fortes (2016), em seu artigo, dá uma contribuição à discussão sobre o tratamento compulsório da tuberculose a partir da problematização das implicações éticas, sendo que essa forma entra em choque com o conceito de justiça ao infringir direitos à autonomia do indivíduo. Concluiu que o sentido de justiça é somente a prevalência do interesse público como uma reparação preventiva e não a justiça de fato como ela é para todos da sociedade.

4. Determinantes Sociais na tuberculose e questão social.

De fato, a doença está totalmente ligada às condições de sobrevivência dos indivíduos que contraem a tuberculose, sendo assim, os Determinantes Sociais não podem ser avaliados somente pelas doenças geradas, mas também pelas dimensões do processo de saúde das populações, do indivíduo e do coletivo em si, conforme a OMS aborda que “os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha” (BUSS; FILHO, 2007).

A tuberculose caracterizada em suas multicausalidades ligadas aos determinantes sociais é importante para um maior entendimento, ao diagnóstico e tratamento da doença, uma proteção social de fato viabilizada a população atingida, contudo é necessário mais estudos devido dos determinantes na saúde.

No plano para o fim da tuberculose dado o nome de Stop TB 2016 – 2020 é afirmado a importância e o enfoque na proteção social a pessoas que têm um número elevado de determinantes sociais.

É intrinsicamente ligados os DS às condições sociais, desigualdades que inclui o acesso a serviços de saúde, saneamento, às condições de moradia e financeiras, esses percalços são injustos, em razão que são evitáveis, pois mais pessoas poderiam ter acesso a um serviço de qualidade, visto que essas condições influenciam para o surgimento da patologia. Como também o SUS, mostra deficiência para a garantia do tratamento, se percebe que a equidade e universalidade não é uma realidade aos que deles necessitam.

Os determinantes sociais se aplicam na análise do atendimento em tuberculose entre as populações mais vulneráveis, de acordo com Rogers e Ballantyne (2008) a vulnerabilidade é conceituada como a incapacidade de proteger seus interesses e esta existe como um prenúncio, segundo as mesmas “pessoas ou populações que geralmente são vulneráveis por causa de circunstâncias de pobreza material ou de capacidades mentais reduzidas são *prima facie* vulneráveis (p. 32)”. Os indivíduos estão expostos a riscos, como ausência de tratamento a saúde; miséria; falta de acesso ao saneamento básico. Suas condições de vida são precárias, portanto, a doença está ligada as desigualdades socioeconômicas.

A intervenção sobre os mecanismos de estratificação social é uma das mais difíceis para o combate das iniquidades em saúde e, portanto, é extremamente

importante a inclusão de políticas que diminua as diferenças sociais, como as relacionadas ao mercado de trabalho, seguridade e educação.

Portanto, a questão social é o conjunto que define as desigualdades sociais na sociedade capitalista, política e de cultura dividida entre classes sociais, mediatizadas na relação de gênero, étnico-raciais e formações regionais. Foi através dos movimentos sociais que colocou a questão social na esfera pública, e exigiu a interferência do Estado para o acesso aos direitos e deveres dos sujeitos (IAMAMOTO, 2007).

A classe específica que ela envolve é o homem/mulher, moradores de favelas, pobre, analfabeto, desempregado e tem como consequência da questão social o agravamento do pauperismo; o avanço do desemprego; a informalidade; as subcontratações; a miséria e a perda de direitos sociais.

E essa classe mais acometida pela tuberculose é a população, predominantemente, de baixa renda e com pouca escolaridade. Uma das características da doença é que ela é maior em áreas de grande concentração populacional sendo essas favela e periferias, como também condições socioeconômicas e sanitárias.

Na conjuntura presenciada, embora com alguns avanços, existem ainda muitos desafios que devem ser enfrentados, a saúde sofre com a desregulamentação das garantias com que promulgado na Constituição de 1988 frente aos direitos sociais. O estado com a lógica da privatização do bem público, tendo o governo um discurso de crise econômica qual tem tirado da saúde o primordial, com o objetivo de redução nos gastos e não respeitando a dignidade da pessoa humana, ou seja, um verdadeiro sucateamento do SUS.

5. Análise dos Boletins Epidemiológico 2012-2017 limites e estratégias do controle da Tuberculose⁴

O boletim epidemiológico se iniciou a quarenta e três anos, com objetivo de devolver aos profissionais de saúde, os dados coletados sobre a doença, de notificação compulsória depois de analisados e ponderados, o ato de notificar é fundamental para valorizar e demonstrar sua utilidade para o SUS, seu objetivo é ser a principal fonte de informação para os temas de epidemiologia nos serviços de saúde e também as análises da situação e doenças transmissíveis e agravos mais importantes.

⁴ Dados retirados do BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2012-2017

Entretanto nele há fragmentação da informação epidemiológica, pela falta de continuidade, como também o modelo e características de boletim, portanto isso dificulta maiores resultados fidedignos para sociedade civil, gestores de saúde, e os demais que se interessam pelo assunto.

Em 2010 de acordo com a OMS foram diagnosticados 6,2 milhões de casos de tuberculose no mundo, sendo 5,4 milhões de casos novos, equivalentes a 65% dos casos estimados para o mesmo ano. O Brasil está entre os 22 países que concentram 82% dos casos de tuberculose no mundo.

A OMS em 2000 estabeleceu oito objetivos de desenvolvimento do milênio, (ODM) a doença está em sexto. Sendo assim, o plano global para o combate da tuberculose 2011- 2015 veio com o objetivo da redução da doença até 2015 dentro desses objetivos foi o DOTS - Tratamento diretamente observado, que como meta tem o empoderamento das pessoas portadoras do bacilo, entretanto conforme artigos citados há uma dificuldade no país para a implementação do tratamento observado, esse problema está acarretado também pelos cortes que vem sofrendo a saúde.

No ano de 2012 o Ministério da Saúde, de acordo como o boletim epidemiológico, seguiu as recomendações da OMS dando o suporte para a cobertura total do tratamento da TB, percebe-se que ainda tem seus obstáculos, O PNCT definiu como população prioritária a população em situação de rua, encarcerados, indígenas e com HIV/AIDS agora nesse momento que passa a política no Brasil provavelmente poderá piorar visto os cortes que sofreram a saúde e a TB não estão como preocupação emergencial de recursos.

As taxas de incidência e mortalidade por tuberculose no Brasil na região sudeste revelaram o elevado número de incidência e óbitos, contudo o Norte do país apresentou as maiores taxas nos anos analisados, em 2010, o Distrito Federal apresentou 0,5% de mortes. Os homens são 66% dos acometidos na faixa etária de 25 a 34 anos e a taxa de incidência também ocorre entre 45 e 54 anos, para o sexo feminino os casos são da idade de 25 a 34 anos. Nesse mesmo ano as mortes foram de 940 mil.

Apesar dos desafios no ano de 2010 a OMS divulgou que o Brasil alcançou a meta da ODM, nesse boletim não teve dados disponíveis sobre a população em situação de rua e abordaram que a incidência maior é neles do que a população em geral.

O Ministério da Saúde recomenda que todos os pacientes façam o teste do HIV, porque com a imunodeficiência de seu organismo podem deixa-los mais vulneráveis para contrair a TB. O acesso ao diagnóstico e a rapidez da obtenção do resultado levará

ao tratamento adequado nesta situação. Pois no país a primeira causa de morte é das pessoas que tem o diagnóstico de ambas.

O maior número na evasão em período de tratamento é de pessoas que não foram alfabetizadas, nesses a cura da doença acaba sendo inferior. Aos demais que tiveram acesso a educação até ao nível fundamental os casos de morte são três vezes maior.

O Ministério da Saúde de acordo com a OMS recomenda que os casos de retratamento apresentam a maior probabilidade de evoluir para um infeliz desfecho, pois podem desenvolver maior resistência ao tratamento, necessita-se que realize o exame de cultura esse sendo método “padrão ouro” onde permite diagnosticar os casos de TB resistente a drogas, e o teste de sensibilidade com objetivo no diagnóstico a resistência precoce.

Para o controle da tuberculose, a atenção básica de saúde é primordial, pois facilita o acesso do usuário ao tratamento. Frente a isso, o Ministério da Saúde disponibilizou um curso de capacitação à distância para os profissionais que atuam nessa área de atenção básica sendo que 60% dos casos da TB são identificados por eles. Como também uma das estratégias a Resolução nº 444 de 6 de julho de 2011.

Foram notificados 70.047 casos novos em 2012, comparado a outros países. De acordo com a OMS o Brasil fica na 17ª posição em relação ao coeficiente de incidência, no ano de 2013 a TB foi contemplada pelo governo federal com dois indicadores relacionados a doença no COAP - Organização e integração das ações e serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos, esse tem a finalidade de garantir a integralidade da assistência ao usuário, visando a proporção de casos novos de TB e de casos novos testado para o HIV, possibilitando maior atenção ao controle da doença.

O Brasil não atingiu ainda a meta da OMS que é 85% de cura dos casos novos bacilíferos. Para o MS o enfrentamento dos DS foi o alvo, como ganho no ano de 2013 ao que tange o combate nos índices da doença, foi a aproximação do Ministério de Desenvolvimento Social com o objetivo de enfrentamento juntamente com a população em vulnerabilidade social, e a discussão sobre o componente de proteção social.

A técnica para o diagnóstico e controle do tratamento mais usada no país é baciloscopia, usada corretamente obtém-se o resultado dentro de 24h. A população indígena no ano de 2012 a incidência da doença foi três vezes maior que a população geral.

Como a população em situação de rua tem um maior número de evasão do tratamento, no boletim de 2013 aborda a necessidade de estratégias distintas que possibilita uma maior adesão ao tratamento e cura.

No caso das pessoas em cárcere foram implantadas estratégias que visem a diminuição dos casos com o objetivo de uma maior acessão ao tratamento da tuberculose nos Estados com níveis maiores da doença sendo o Sul, Norte e Nordeste nas unidades prisionais os centros de diagnóstico clínico e laboratorial.

O boletim de 2014 trouxe a vertente para o controle da tuberculose no Brasil, quais são os avanços e inovações e desafios postos.

Já no boletim desse ano a TB no país ocupa a 16^o posição, ou seja, não houve avanços nesse ano, no entanto já muda a faixa etária que para homens passa a ser de 40 a 59 anos e mulheres de 20 a 39 anos.

Entretanto, o Norte, Sudeste e Nordeste ainda possuem um alto de nível de incidência de casos de TB, e observou que os idosos apresentam um risco maior de morte da doença.

Como um ganho no ano de 2014 foi o avanço no diagnóstico da doença o chamado TRM-TB teste rápido molecular, o resultado é liberado em duas horas e 90% a sensibilidade desse teste, com esse método aumentou a detecção de casos em 43% comparado a baciloscopia. Nesse ano o MS publicou nota recomendando a utilização desse diagnóstico para adultos e crianças menores de 10 anos.

O PNTC vem investindo, para reduzir o estigma e preconceito da doença, e a participação da comunidade dentre outros. Um dos avanços é que o PNCT teve como parceria a Secretária de Direitos Humanos da Presidência da república com o objetivo de ampliar o debate da TB e novas abordagens no controle da doença.

No ano de 2015 o país ainda continua no ranking de 16^o nos números de casos, e uma das metas nesse ano da OMS foi a estratégia pós-2015 “um mundo livre da tuberculose: zero mortes, adoecimento e sofrimento causado pela doença” no Brasil para a maior eficácia é necessário a melhoria da estratégia na redução do estigma.

Em 2014 foram diagnosticados 67.966 de casos novos, é imposto desafios para redução da doença porque o país ainda registra 73 mil casos novos por ano. Os números de tuberculose resistente são elevados.

Como uma das estratégias da OMS pós-2015 de proteção social especifica para os casos de doença sendo o auxílio alimentação e transporte gratuito, o boletim ressalta que nem todos os benefícios são ofertados para todos os casos da patologia e registrou

descontinuidade, percebe-se aí o porquê do fato os números de cura não alcançar o que é proposto pela OMS, MS e no PNCT.

No ano de 2014 houve a primeira Reunião Global de Parlamentares para o enfrentamento da TB na Espanha, a declaração traz uma visão do papel a ser exercido pelos parlamentares na luta contra a doença.

No BRICS (Bloco formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) o Brasil propôs o plano de cooperação para o controle de TB, com a transferência de tecnologia, produção de insumos, pesquisa científica, inovação e o estabelecimento de metas em comum.

A TB é emergência global, em 2014, 9,6 milhões de pessoas obtiveram a doença 12% tinham HIV – positivo e 1,5 milhões morreram sendo que 1,1 milhão não era portadores da DST. Em 2016 o Brasil ocupou a 18º em carga da TB, representando 0,9% dos casos estimados no mundo e 33% dos estimados para a América.

Por mais estratégias que adotem os países, a TB ainda é um problema mundial de saúde. No ano de 2014 foi aprovada a estratégia Global e metas para prevenção, atenção e controle da TB pós – 2015. O objetivo é que até 2035 reduza os números de incidência da doença de 10 casos para 100 mil habitantes, e a baixa nos índices de mortes pela doença em 95%. Chegando a esse patamar a OMS alegou que representará o fim da doença como um problema de saúde pública.

No ano de 2016 a OMS ampliou as estratégia e lançou o plano global pelo fim da tuberculose 2016-2020. Esse plano prioriza as populações vulneráveis e os grupos de risco como também os determinantes sociais da TB.

Os casos novos de tuberculose no ano de 2016 foram de 63.189 no ano de 2015 apenas foram submetidos a testagem do HIV 68,9%. O Distrito Federal está dentro desse exame de testagem e de acordo com os demais boletins analisados é o que está em números elevados na testagem da Aids, esteve acima de 80%.

Os números de evasão do tratamento da doença ainda são eminentes, para saída dessa problemática elevando a proporção da cura coloca-se necessário a incrementação e a redução do abandono, a ESF é sempre importante para a luta da TB. Dentre as perspectivas para o fim da doença é indispensável os esforços das três esferas de gestão do SUS.

No ano de 2016 foram registrados 66.796 novos casos e 12.809 casos de retratamento, a doença atualmente tem maiores índices bem a mais do que o HIV, no que tange a mortalidade. Para se chegar de fato na redução de casos de TB, é necessário

ter uma redução da incidência de AIDS, ou seja, a necessidade de uma abordagem qualificada e abrangente para a população.

De casos novos e retratamento, os maiores índices estão nas capitais dos Estados, representando riscos dissemelhantes. No boletim mostra as falhas na atenção e busca ativa para o controle da patologia. Foi notificado no ano de 2016, 517 casos no país de pós-óbito, isso reflete a falha na cobertura do tratamento, é nítido que os pacientes não estão tendo continuação conveniente para a obtenção da cura.

Como nova estratégia é importante que se façam presentes, a vigilância da aids, atenção básica, assistência social, sistema prisional, saúde mental e sociedade civil. Um ponto positivo no boletim de 2015 em relação aos outros, foi o acréscimo da variável cor e raça que destacou a utilização cor na produção de informação epidemiológica para definição de prioridades e decisão. Como resultado dos dados no ano de 2014, a população negra apresentou cura inferior e altas taxas de evasão, as taxas de incidência e mortes na população negra e indígena são maiores do que na população brasileira geral.

Todavia os termos usados nesse boletim, ao que tange cor e raça como a realidade econômica, são errados. Por que se usa o termo não branco? Sendo que o exato é o termo negro, percebe-se a elevação da supremacia branca, tendo o branco em primeiro lugar. Os termos e análises nos boletins são biologicistas, não colocando de fato qual é a população, o contexto social, as faltas de abordagens qualificadas, quais são de fatos as pessoas acometidas, o que levou a isso? É porque eles querem? Quais de fato são os mecanismos para uma melhora e cobertura? Algo perceptível é uma visão totalmente romantizada de um problema que se dá por meio da desigualdade social e totalmente enraizado com os fatores sociais.

No ano de 2017 o MS lançou o plano nacional para o fim da tuberculose, com a meta de até em 2035 diminuir os casos de incidência da doença, a medida sanciona o compromisso do país com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

O Brasil é um dos países com o maior número de casos no mundo, 69 mil casos novos e 4.500 óbitos acontecem a cada ano como causa básica. O país de acordo com OMS ocupa duas listas, na 20ª posição na carga da doença e 19ª na coinfeção da TB – HIV (BRASIL, 2017).

Nas Américas em 2015 representou 3,0% da carga mundial de TB com 268 mil casos novos, o Brasil 33,0%, Peru 14%, México 9,0 %, e Haiti 8%. Nos dados do Ministério da Saúde em 2015 o país teve 69 mil pessoas doentes; 4,5 mil homens,

mulheres e crianças morreram de TB; 6,8 mil pessoas com Aids tiveram a doença; 1.077 desenvolveram TB droga resistente (SAÚDE, 2016).

No ano 2035 caso a porcentagem de evasão não seja alterada a mortalidade da TB será de 1,2/100 mil habitantes. No PNCT como um dos fatores de consistência a doença é considerada prioridade do governo e como um dos percalços está a manutenção do enfrentamento da tuberculose na agenda política, como também os insumos para o diagnóstico da doença, entre outros (BRASIL, 2017).

As estratégias para o fim da tuberculose estão baseadas em três pilares, o primeiro vem com a abordagem: prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente; 2º políticas arrojadas e Sistemas de apoio; 3º intensificação da pesquisa e inovação (BRASIL, 2017). O PNCT dá a recomendação de rotinas de monitoramento e avaliação para ações em todas as esferas.

Entretanto de acordo com Gonçalves (2017) a tuberculose é negligenciada pelo Ministério da Saúde a atenção agora é dengue; zika; chikugunya; etc. apesar disso o Ministério sem justificativa retirou a doença da listagem de atendimentos monitorados pelo SUS. O sistema único de saúde discute como trará ações através do acompanhamento, visto que a TB no país é tratada somente na rede pública de saúde.

O obstáculo é um risco para a população brasileira visto o quadro de enfermidade que avoluma. A retirada causará a falta dos recursos tanto humano como financeiro para o controle da TB, permitindo a piora nos indicadores da doença.

Inúmeras entidades manifestaram contra o retrocesso da saúde pública. Os dados são usados pelos municípios, estados e governo federal para a garantia de recursos para o combate.

Diante do exposto, tem mais percalços ao que tange a vacinação, antes era feita pela Ataulpho de Paiva que teve a suspensão em dezembro 2016, o motivo foi a fabricação de forma errada.

Como em outros artigos aqui citados, há o agravamento do desabastecimento do teste de exame para a TB no país. Várias foram as formas de comunicação com o Ministério da Saúde, frente a isso ocorre o silêncio do mesmo. No ano de 2010 tinha por ano 72 mil pessoas acometidas pela doença e 4,7 mil óbitos.

Há o desconhecimento por parte da população sobre quais as formas de contágio de acordo com o instituto data folha, como também o desconhecimento dos sintomas. Para o pneumologista Alexandre Milagres, as pessoas descobrem que estão com o bacilo quando vão para a emergência, ou seja, quando o quadro já está grave. *Uma*

pessoa com tuberculose contamina quinze. A ESF é importante aliada, mas necessita de qualificação na atenção primária, uma vez que muito foram as perdas de investimentos nessa área.

No artigo de (PEDRO & OLIVEIRA, 2013) eles analisaram na literatura a associação de fatores sociais na tuberculose, realizaram-se trabalhos e artigos nas línguas inglesa, espanhola e português, publicados de 1991 a 2011.

O resultado apontou a permanência da relação entre indicadores sociais para a incidência da tuberculose, produção em nível individual e coletivo. A doença associada na enfermidade e vulnerabilidade social é influenciada pelo nível de aglomeração social, exemplo favelas, e as características particulares das áreas geográficas.

As condições de vida no processo de transmissão da tuberculose vêm ressaltando um profundo quadro de desigualdades socioeconômicas que resultam em iniquidades sociais em saúde.

As causas de morte foram associadas com a variável escolaridade inferior, evasão de tratamento e a falta do recebimento do tratamento diretamente observado (DOT's).

Aumenta o risco da doença consideravelmente nos extratos de baixa situação socioeconômica. Os múltiplos desfechos para o acometimento da tuberculose são alcoolismo; baixo nível escolar; vulnerabilidade social; carência alimentar e coinfeção pelo vírus HIV.

Conforme Coca et.al (2015) se o Brasil não elaborar políticas de fato operativa, como abordou a OMS até o ano de 2020 um bilhão de pessoas poderão ser infectadas e ocorrerão 35 milhões de mortes.

Capítulo II

Serviço Social e o atendimento no âmbito hospitalar na saúde: Atribuições do Assistente Social na área e desafios.

2.1 O Assistente social inserido no campo da Saúde

Na Constituição Federal, a saúde foi a que obteve maiores ganhos nos direitos sociais, acesso igualitário e universal nos diversos níveis de complexidade. Esses avanços foram renovados na lei nº 8.080/90, que trata das condições para a efetivação da promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências.

A área da saúde emprega um número elevado de Assistentes Sociais. A profissão está amparada e regulamentada pela lei 8662/93 que legitima o Conselho Federal de Serviço Social-CFESS e Conselhos Regionais-CRESS. Nos seus artigos 4º e 5º direcionam as competências e atribuições privativas do Assistente social.

Na resolução 218/97 que trata da regulamentação dos profissionais de saúde, aponta a importância da interdisciplinaridade e o reconhecimento da indispensabilidade de diferentes profissionais na saúde. Esse documento autentica o Assistente Social como profissional da saúde, por isso observa-se a necessidade de debates e discussões acerca da área, tendo como foco a ampliação e humanização conforme a Constituição Federal de 1988, com os princípios de fato efetivados, sendo esses a universalidade, equidade e integralidade. A resolução do CFESS nº 383 enfatiza o assistente social como profissional da saúde.

O objetivo da profissão na saúde é a compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões.

Conforme BRAVO (1996, p. 13) a saúde é “um dos setores mais significativos na atuação do Serviço Social, tendo concentrado historicamente um grande quantitativo de profissionais, situação que permanece até os dias correntes”.

As competências e atribuições do Assistente Social na saúde e em outras áreas têm como instrumentos para sua atuação, o código de ética da profissão e a lei de regulamentação. Conforme o CFESS (2010) as ações e o atendimento do profissional na

saúde são na promoção da saúde, educação em saúde e prevenção de doenças, atuando em quatro eixos.

O primeiro eixo é o atendimento direto aos usuários, sendo esses diversos espaços desde atenção básica até alta complexidade. A predominância são as ações sócio-assistenciais, fundamentais demandas ao profissional, articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas, que não devem ocorrer de forma isolada. É fundamental a investigação, planejamento, mobilização e a participação social dos usuários para a garantia a saúde e na articulação com a equipe, e ações socioeducativas.

O segundo eixo é na mobilização, participação e controle social, que tem o objetivo de contribuir na organização da população e dos usuários para que assim possam fazer reivindicações na agenda pública de saúde.

Como terceiro eixo está a investigação, planejamento e gestão que tem a perspectiva relacionada a gestão democrática e participativa para a produção de propostas em favor dos usuários e trabalhadores na saúde.

O último eixo é a assessoria, qualificação e formação profissional, o objetivo deste é na melhoria da qualidade dos serviços que são prestados aos usuários do sistema único de saúde. O entrave nesse eixo é que por diversas vezes não é assumido como atribuição e competência do profissional.

Há convergência dos propósitos da reforma sanitária com projeto ético-político do Serviço Social nas principais referências teórica e formação profissional. Tratando-se da responsabilidade com a universalidade, justiça social, o papel do estado e o controle social como o desígnio no código de ética através de seus princípios, a gestão democrática de serviços, etc. nas relações do Assistente Social com os usuários.

A renovação do Serviço Social e a reforma sanitária ocorreram paralelamente. Seus debates foram coincidentes sobre o estado, direitos sociais, a prática na instituição, políticas públicas para a população. Ambos foram construídos durante os movimentos sociais brasileiro, no final da década de 60.

Os principais objetivos compartilhado por eles são a defesa da universalização das políticas sociais para a população sem distinção de classe, gênero e raça, a garantia aos direitos sociais, a participação da sociedade nas esferas públicas e principalmente na saúde, e ênfase nos determinantes sociais no processo saúde-doença.

2.2 Entraves na atuação do Assistente Social

Diante dos ganhos que foram a mobilização do movimento da reforma sanitária pelo quadro antes da constituinte na saúde para os direitos sociais, a transição de um sistema de saúde com práticas médica curativas, para o SUS foi negociada sem que de fato houvesse uma ruptura com a produção privada.

Com as contrarreformas do estado brasileiro nas políticas públicas, terminou por ser o tripé da seguridade social- Saúde; Previdência; e Assistência uma construção que foi interrompida, nos direitos sociais para população.

Na década de 90 se verifica o processo de privatização, com o propósito da mercantilização na saúde e o foco no assistencialismo, retrocedendo ao pensamento ideário que era antecedente a constituinte, muitas são as artimanhas do capitalismo para obter seus objetivos, sendo esses a crítica aos movimentos sociais, alegando serem movimentos jurássicos, que ocorreram e se afirmou no governo Fernando Henrique Cardoso, acarretando a desmobilização que outrora não havia nos movimentos sociais.

Os anos noventa trouxeram como herança as políticas de ajuste fiscal, a desregulamentação dos direitos universais para a sociedade, ocorrendo no país a regressão de direitos sociais, o mercado seletivo e restrito, fazendo crescer a cada ano as desigualdades sociais e a destruição das conquistas na constituinte e o fim desse legado histórico.

Na viabilização para implementar o Sistema Único de Saúde, permanece os grandes debates sobre os objetivos evidenciado na Constituição, o impedimento é a disputa de interesses, sendo o mercado da saúde e os modelos assistenciais de atenção mais radicais. A concretude para o início da universalização proposto pelo SUS foi com a NOB nº 96 de 1996 e implantado em 1998.

Esse processo é potenciado pelas orientações neoliberais, requerendo políticas de “ajustes estruturais” por parte dos estados, sendo também, dilemas do Serviço Social.

Um contexto sócio-histórico refratário aos influxos democráticos exige, contraditoriamente, a construção de uma nova forma de fazer política que impregne a formação e o trabalho dos assistentes sociais capaz de acumular forças na construção de novas relações entre estado e sociedade civil que reduzam o fosso entre o desenvolvimento social. Requer, portanto, uma concepção de cidadania e de democracia para além dos marcos neoliberais (IAMAMOTO, 2006, p.05).

Embora com alguns avanços, na conjuntura presenciada existem muitos desafios que devem ser enfrentados, a saúde sofre com a desregulamentação com que foi

promulgada na Constituição, frente aos direitos sociais ocorrendo uma penúria, dando aberturas para a saída da crise a privatização e as organizações sociais, ou seja, um verdadeiro sucateamento do SUS.

A contrarreforma neoliberal e os cortes nas políticas sociais atingem a saúde por meio das restrições de financiamento, isso rompe com o conceito de integralidade disposto Constituição Federal. Em vista disso, a saúde tem encontrado dificuldades para sua efetivação, o SUS na constituição está bem diferente da realidade, os direitos reconhecidos na Carta Constitucional não estão sendo implementados, pois há dificuldades, tendo como motivo o desfinanciamento e a não viabilização dos programas verticalizados. A vista disso, se nota a desigualdade de acesso da população, a não construção das práticas na integralidade, demora no atendimento, burocratização, avanços e retrocessos no controle social, e a falta de discussão e solução junto aos movimentos sociais.

Conforme aborda Bravo; Matos (2006, p.10)

(...) O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, assistencialismo através da ideologia. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde.

O porquê da lógica privatista ser requisitado ao profissional de Serviço Social? Porque a finalidade do estado capitalista é ter indivíduos sem criticidade e o conhecimento dos seus direitos, em prol de extrair sua força de trabalho, por esse motivo demanda do assistente social essa postura, colocando como um dos desafios para a categoria de profissionais, visto que a profissão é de caráter sociopolítico, crítico, normativo e intervém na relação homem no seu cotidiano da vida social.

Com essa lógica de privatização da saúde, os assistentes sociais têm assumindo novas funções no setor de saúde, como participar do processo de gestão da saúde, na formulação de planejamento e avaliação da política, diante disso Iamamoto aborda:

Corre-se o perigo do Assistente Social ser reduzido a um mero "técnico", delegando a outros -cientistas sociais, filósofos, historiadores, economistas, etc.- a tarefa de pensar a sociedade. O resultado é um profissional mistificado e da mistificação, dotado de uma frágil identidade com a profissão (IAMAMOTO. 2006, p. 9).

Esses ataques à política de Saúde prejudicam as pessoas portadoras de tuberculose, com base no diário de campo e a experiência vivenciada no estágio

obrigatório, o governo está cortando verbas que são destinadas aos hospitais e com isso faltam suprimentos e medicações, já que para os tubérculos há uma necessidade de quatro tipos de medicação distintas durante todos os dias da semana. A doença está ligada a fatores sociais, pessoas sem renda e em situação de rua.

A PEC 55, de 2016, nomeada pelo governo de novo regime fiscal, foi sancionada, e tem por objetivo o congelamento dos gastos sociais por 20 anos em saúde e educação, alterando o cálculo da despesa mínima que são vinculadas à receita, passando a ser corrigida pela inflação do ano interior, sem aumento, mesmo que melhore o crescimento econômico e populacional. Ou seja, a redução de recursos contribui para a precarização no atendimento aos usuários, falta de medicação, espaço inadequado para atendimento e tratamento, profissionais com falta de aportes materiais para seu trabalho.

Uma dessas formas de retrocesso e desmonte, ao que tange atuação profissional é o projeto de Lei 3.145/08 da comissão de trabalho que aprovou regras para a contratação de assistentes sociais fixando o número de trabalhadores que devem ser contratados caso a caso. A lei, determina o contrato de um assistente social para dois mil empregados em empresas e instituições; um para 800 alunos nas escolas; um para 200 na assistência; um para 160 detentos; em hospitais um para 200 leitos; um para 120 no serviço de reabilitação física e um profissional para 500 pessoas em ambulatórios.

Portanto, aumenta a demanda e diminui os postos de trabalho, sobrecarregando o profissional, acarretando problemas de saúde na categoria. Esse PL vem com intuito desses profissionais acompanharem as grandes demandas impostas e também profissionais para o exército industrial de reserva, desrespeitando a lei que regulamenta a profissão.

Em suma, esse projeto de Lei 3145/08 do governo Temer vem com o viés da exploração e não qualidade dos serviços prestados a sociedade, sem de fato preocupar-se com os objetivos atingidos, é entendido nessa lei que a saúde do profissional não conta, como também o desconhecimento por parte dos que a aprovarem, porque é sabido que o contingente de assistentes sociais atual não consegue atender a população.

Constata na prática que os direitos dos profissionais de serviço social na saúde, principalmente em hospitais, são violados, um desses é o local de trabalho. Meu estágio obrigatório foi em hospital público, presenciei os obstáculos que o profissional enfrenta. Para atender o usuário o mesmo, por não ter uma sala adequada para fazer a escuta

qualificada, atende em corredores, ou onde os pacientes estão internados, quando se tem uma sala, a estrutura é precária.

Nesses problemas para a atuação do profissional se sabe que a realidade das condições físicas afasta do que está imposto na resolução do CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto sendo:

Art. 1º É condição essencial, portanto obrigatória, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer (CFESS, 2006).

Entre esses percalços para a atuação da profissional, tem a Política Nacional de Humanização, essa foi como resposta do MS para denúncias de maus atendimentos, etc. Uma das prioridades que a PNH destacou algumas são: os usuários conhecerem os profissionais e a rede de serviço onde residem; educação permanente para os trabalhadores e na gestão; participação dos usuários. O que se vê na realidade é a contradição, ou seja, a banalidade da humanização sendo vazia de sentido.

Essa política dá um enfoque maior no assistencialismo, ao voluntariado que de acordo com Vasconcelos (2009, p. 22) “É a necessidade que o Estado tem, ao desresponsabilizar-se pela questão social, de encontrar quem a assuma de alguma forma. [...] a questão social individualizada [...] perde caráter público e coletivo”. Portanto colocando a qualidade no atendimento e trato aos usuários reduzido a boa vontade dos profissionais (KRUGER, 2010).

Tanto para Kruger (2010) como para Vasconcelos (2009) as ações sociais voltadas ao voluntarismo, tiram a responsabilidade do Estado para com os cidadãos, acarretando e politizando o espaço do acesso e debate dos direitos sociais. Entre esses entraves a mudança dos hospitais universitários e públicos para organizações sociais tira o estado de imprimir uma política reguladora na prestação dos serviços. Nessa política não aborda medidas ao que tange a estrutura dos serviços na saúde, sucateamento das instalações e equipamentos, os não salários únicos para os trabalhadores na saúde.

O profissional de Serviço Social está entre os que integram a comissão dessa política nas instituições. “A intenção humanizadora precisa de condições de infraestrutura física e técnica, administrativa e salarial para acontecer, sem desconsiderar ou reduzir a importância do que conhecemos como bom atendimento” (KRUGER, p.138, 2010).

O ideário que está no SUS é “a força que a temática do social e do trabalho com o social vem ganhando no âmbito da saúde, através das diferentes profissões” (MIOTO;

NOGUEIRA, 2009, p.223). Esse se enquadra como um dos desafios teóricos, instrumental e político da profissão, há desqualificação desse termo em alguns programas de saúde, a supervisão do mesmo é atribuída a enfermeiros que acaba tendo uma visão reducionista e tecnicista. Portanto, os objetivos do programa são competências históricas do serviço social.

Esses problemas impactam o Serviço Social em suas condições suscetível de trabalho, na vida acadêmica, teórica e na relação com outros profissionais. O assistente social é chamado para tratar da pobreza do usuário nesse espaço.

Entretanto o projeto-ético político do Serviço Social traz o compromisso com os trabalhadores, com objetivo e articulação voltados aos interesses dos usuários. Porém, na realidade prática dos profissionais suas ações tomam rumo diferente.

Os profissionais se adequam a uma rotina diária na sua atuação, sendo após o atendimento médico ao paciente, contatam o usuário para obter informações de suas necessidades, para assim fazer a providencia dos encaminhamentos e orientações. Em geral, se apresenta como desafios dos profissionais do serviço social a dificuldade de desprender do que se faz na atuação, com as requisições institucionais favorecendo o necessário, a partir das demandas dos usuários (KRUGER, 2010).

O assistente social é levada a um trabalho tradicional e tecnicista que consciente ou não reforça o status quo, sem as chances de romper em sua prática com os valores conservadores, mesmo dando apoio o projeto do Serviço Social, elas realizam sua ação profissional na direção contrária (KRUGER,2010).

Alguns profissionais na saúde trazem um discurso da necessidade para o profissional ter um saber clínico e práticas terapêuticas, negando de fato a verdadeira origem e formação em Serviço Social, acabam por denominar sua atuação de Serviço Social Clínico, de forma fragmentada, em seminários realizados por assistentes sociais em hospitais, presenciei os mesmos falando da importância desse saber para o profissional.

De fato, são importantes os conhecimentos na área de atuação, mas isso os leva a exercerem outras atividades, desviando a função social da profissão que está inserida na divisão sócio técnica do trabalho, distanciando assim do seu objetivo de fato. Portanto o que cabe ao profissional na atuação é fomentar a orientação social na ampliação do acesso dos indivíduos aos direitos sociais (KRUGER, 2010).

De acordo com o Cfess (2010, p.44)

O Assistente Social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro [...] e dos demais trabalhadores na saúde.

Conforme aborda o Cfess (2010) em seus parâmetros, as conexões do projeto ético político do Serviço Social com as bases da reforma sanitária traz o perfil do assistente social, esse deve se distanciar das abordagens tradicionais e práticas conservadoras. “A atuação deve ser na perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais” (CFESS, 2010, p.32).

A atuação traçada na visão de totalidade é importante, para que a ação dos profissionais se sustente no saber da realidade dos serviços e nas necessidades dos sujeitos, visando à superação de intervenções que antes tinham o objetivo de aliviar tensões e gerar harmonização. Viabilizar de fato sua demanda com a noção de direito social (VASCONCELOS, 2009).

Para saída dessas práticas contrárias, de acordo com Vasconcelos (2009) o profissional através da busca no movimento histórico da realidade social poderá captar o movimento e o significado da prática do Serviço Social para dar respostas às demandas postas a atuação que rompam com práticas que reproduzem o status quo. Torna-se indispensável, para a atuação profissional, uma maior articulação junto à academia com debate profissional, e ao órgão da categoria.

Portanto a saúde exige um profissional que se vincule na luta pelo acesso às ações e aos serviços, no trabalho interdisciplinar e a estimulação na participação social, tendo como objetivo a efetivação da universalidade na saúde, determinada constitucionalmente e reafirmada na legislação complementar.

2.3 A importância dos temas e disciplinas na formação profissional

No curso de Serviço Social se encontram profissionais que atuam sem de fato ter interiorizado a teoria, com visões totalmente distorcidas para de fato o que é a profissão, e como forma de fomento usam o jargão “A teoria é diferente da prática”, como se sabe para uma boa prática é de extrema necessidade a teoria.

Levando para o âmbito acadêmico, algo que muito me inquieta e de grande preocupação que tenho é a não abordagem de matérias obrigatórias relacionadas a raça; gênero e etnia. São insuficientes esses temas de grande importância serem ministrados em uma matéria somente e sendo ela optativa na graduação. Pois são temas que farão parte da atuação do profissional, visto que a população que a mesma trabalha é majoritariamente a população negra, periférica, meninas que engravidam na adolescência, direitos reprodutivos, discriminação no trabalho, assédio moral, abuso sexual, mulheres que sofrem abusos de todas as formas possíveis por essa sociedade machista, e violências relacionadas a raça e identidade de gênero.

Os profissionais, em sua maioria, não têm o conhecimento sobre o tema, passaram pela graduação sem essa abordagem extremamente importante, por isso usam linguagens machistas e conservadoras. Os assistentes sociais estão sendo chamados para atuar nas políticas de ações afirmativas, entretanto saem da graduação com o déficit de formação em relação aos conteúdos importantes para a atuação profissional.

O por que? desses posicionamentos e preconceitos na profissão podem reproduzir? Como apresentado anteriormente, é pela ausência de discussões sobre a temática, tanto no ensino escolar como na universidade por todos os cursos e principalmente no serviço social desde o início da graduação. Segundo Lisboa (2010) um dos aportes teóricos- metodológicos importantes para a categoria de assistentes sociais são os estudos sobre a teoria das feministas e estudos de gênero, visto que a profissão é composta majoritariamente por mulheres, e as mesmas estarem em situações de desigualdade estrutural no Brasil e no mundo. “Os estudos de gênero nos convidam a olhar e pensar de maneira diferente sobre nossa condição histórica e sobre a origem das desigualdades sociais” (LISBOA, 2010, p.68).

No país as desigualdades raciais que apresenta Guimarães (2003, p. 95) “[...] as raças são, cientificamente, uma construção social”, vem da herança que o branco trás do tempo da escravidão. Munanga (2003) aborda em seu texto os grandes problemas trazidos pelos europeus, o branco se autodeterminou como o melhor, a cor normativa, o continente europeu se autodeclararam melhores a partir de sua cultura, diminuindo as demais, uma das justificativas foi baseado nos filhos de Noé, Jafé (Branco) Sem (Amarelo- asiático) e Cã (negro) se hierarquizaram como o tipo ideal na sociedade, essa foi à primeira origem do racismo, a segunda foi a partir dos fatores biológicos e físicos.

O termo branquitude segundo Bento (2002) se baseia na construção histórica racial, cultural e social, um dos primeiros sintomas da branquitude é o branco

reconhecer as desigualdades raciais, mas não assumi-las como detentor dessa discriminação, a omissão e naturalização das questões raciais é também o que define a branquitude, os problemas das desigualdades, vulnerabilidades, preconceito nunca é discutida como culpa do branco. Conforme Munanga (2003) no Brasil o preconceito é sutil e por isso aborda que o brasileiro tem preconceito de ter preconceito.

Diante disto é necessário levantar questões e denunciar as ocultações que a sociedade como um todo nega e não debate, a perpetuação do racismo e da violência sexista e racista. Levanta-se uma questão de o porquê esses temas não estar sendo discutidos no curso de serviço social em todas as áreas?

Segundo Lélia Gonzales (1984) no racismo disfarçado é prevaiente a democracia racial, isso impede a “consciência objetiva desse racismo sem disfarces e o conhecimento direto de suas práticas cruéis”, daí resultou a falácia de não ter racismo no Brasil, o processo de conscientização exige relevância.

A identidade cultural é construída na tomada da consciência e das particularidades históricas, culturais, e que a identidade política é unificadora, sua construção visa a transformação da realidade atual das negras e negros do Brasil.

Esse aspecto se mostra importante, de modo que colabora para a desconstrução da imagem negativa construída pela sociedade sobre essas parcelas da população, destruindo a autoestima de negros e, cristalizando imagens negativas e inferiorizadas de negros e brancos.

As discussões acerca do tema é necessário e urgente, visto que, o perfil majoritário de pacientes e pessoas portadoras da tuberculose no Brasil são negros, os boletins epidemiológicos em análise mostra a branquitude que perpassa em nossa sociedade, são formas de combates e resultados que perpassam por um neutralidade exorbitante.

Capítulo 3

Análise de dados

3.1 Serviço Social no âmbito hospitalar: Relato da experiência de estágio no HRG

No âmbito hospitalar é fato que há precariedade de trabalho, englobando a estrutura física e técnica e as condições de salário. Os profissionais enfrentam dificuldades, e acabam realizando ações individuais e soluções imediatistas.

Em hospitais o trabalho se organiza no modelo de atenção na saúde, centrado na figura médica. O serviço social nessa área é solicitado para os problemas de deslocamento exemplo: solicitação de ambulâncias; medicação quando não se tem condições financeiras para adquiri-la; acesso a determinados atendimentos; solicitação de alimentação e informações; e viabilização das condições para o usuário.

O Serviço Social nesse âmbito age no emergencial, por isso suas atividades são permeadas pela burocracia, aconselhamento aos familiares em caso de óbitos e altas sociais, o seu exercício profissional é direcionado ao atendimento da situação problema.

O presente trabalho traz dados da minha permanência no Hospital Regional do Gama, feita por meio da matéria obrigatória de Estágio Supervisionado. O Núcleo de Serviço Social-NSS na instituição atende aos usuários do SUS primando o conceito ampliado de saúde e os princípios do sistema de saúde, o objetivo é o de garantir a cidadania.

O Serviço Social tem uma trajetória de 41 anos nessa instituição passando por algumas alterações houve uma ampliação dos quadros de assistentes sociais que agora são 11 profissionais. O NSS está subordinado ao diretor do hospital, atuando como um setor, o objetivo do NSS é trabalhar com usuário do Sistema Único de Saúde no exercício da cidadania enquanto sujeito na relação saúde versus doença. Na atuação dos profissionais são feitas visitas diárias às clínicas com realização de triagem de novos casos sociais e acompanhamento dos anteriormente detectados, entrevista com os usuários e/ou familiares/para as providências quanto às necessidades que cada caso exigir, discussão de determinados casos com os profissionais das clínicas para acompanhamento e alta humanizada, análise e estudo de caso para liberação de alimentação para acompanhantes, solicitação aos recursos da comunidade,

encaminhamentos aos centros de saúde e família saudável, orientação diversas como; Previdência Social, recursos existentes na Secretária de Saúde do DF, direito e deveres do usuário e dos acompanhantes, providências para encaminhamentos aos recursos da comunidade do Gama e do entorno e também o manual de procedimentos do Serviço Social nas unidades hospitalares da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

O âmbito de atuação é regional o que não impede o atendimento do entorno por se tratar de atendimento do sistema único de saúde. O surgimento dessas demandas na instituição está relacionado aos fatores sociais em que estão inseridos os pacientes.

Observou-se que a população do entorno não tem uma qualidade no atendimento ou até médicos para atendê-los onde elas residem, recursos materiais, falta de medicação básica para um atendimento digno, diante disso elas se dirigem ao hospital regional do Gama, vendo que também a situação do hospital não é das melhores em todos os sentidos até mesmo estrutural, ainda assim sobressai a do entorno⁵.

Diante disso observa-se a inserção das organizações sociais inseridas na saúde, agravando a grande problemática que está sendo, como justificativa “A crítica neoliberal sustenta que os serviços públicos, organizados à base de princípios de universalidade e gratuidade, supermedisiam o gasto estatal” (IAMAMOTO, 2006. p.15).

A demanda no Núcleo de Serviço Social é espontânea pelos usuários da instituição e algumas são induzidas. As condições de trabalho dos profissionais não são favoráveis tendo assim limitações para as demandas que atendem.

Sendo assim, as demandas que chegam ao Núcleo são pela busca ativa, induzidas pela instituição como o caso da enfermagem/médicos que encaminham para o NSS e espontâneas no ambulatório. Os usuários têm questões sociais como falta de identificação, usuário idoso desacompanhado com necessidades especiais e/ou sem suporte familiar, população em situação de rua, crianças e/ou adolescentes no Pronto Socorro adulto, dependente químico, usuário com transtorno mental, mulher vítima de violência após notificação e encaminhamento ao PAV, mães adolescentes sem responsáveis legais, casos para adoção, usuários internados ou em tratamento no HRG que necessitem de orientações e encaminhamentos quanto aos seus direitos sociais. A predominância de acesso são para benefícios sociais.

⁵ Dados do diário de campo e observação no estágio obrigatório no hospital regional do Gama na área da tuberculose.

A intervenção do profissional na instituição é voltada ao eixo do conflito e transformação, onde vê o contexto social no qual está inserido o indivíduo para fazer uma intervenção qualificada, ações socioeducativas, situações familiares quando o paciente hospitalizado não tem acompanhante e entre outras questões sociais que chegam expressas pelo usuário.

Ao eixo do conflito e da transformação estariam vinculadas as ações direcionadas às famílias, enquanto sujeitos sociais, objetivando a construção da cidadania e da defesa de seus direitos. Dessa forma, as condutas, dificuldades e problemas expressos pelas famílias enquanto grupo ou pelos seus membros são interpretados como expressão de conflitos instaurados no contexto de uma dinâmica familiar. Porém, tal dinâmica é decorrente de uma história e de uma estrutura familiar, profundamente marcada pelas contradições de uma sociedade em um determinado histórico (MIOTO, 2004. p. 12).

Foi observado as grandes dificuldades que os profissionais tiveram para garantir os direitos da população usuária, porém em nenhum momento deixou de realizar seu trabalho, acionando as redes, voluntariados entre outros, fazendo ações socioeducativas explicando e encaminhando os indivíduos para resolver determinado problema:

O Serviço Social se institucionaliza e desenvolve na sociedade capitalista, como ação de cunho sócio-educativo, inscrita no campo político-ideológico, nos marcos institucionais das políticas sociais e políticas públicas e privadas (CARDOSO; MACIEL, 2000, p. 142).

No trabalho profissional são utilizados como instrumentos de trabalho a entrevista social, visita domiciliar e institucional, relatórios sociais, pareceres e encaminhamentos, entrevistas semi-estruturadas, parecer social, de encaminhamentos e orientações sobre o benefício de prestação continuada (BPC), aposentadoria auxílio doença, requerimento de passe livre interestadual, etc.

Os instrumentais utilizados pelo Serviço Social é o Parecer social que de acordo com Cleier Marconsin (2009) é uma exposição e manifestação sucinta, enfocando-se objetivamente a questão ou situação social analisada por meio do estudo social, com uma finalização de caráter conclusivo ou indicativo. Entrevista Social, visita domiciliar e busca ativa na instituição, relatórios sociais e encaminhamentos para outras instituições e para benefícios:

A documentação tem a importante tarefa de oferecer subsídios para a análise e a intervenção do Serviço Social na realidade. É parte da sistematização de dados para o desenvolvimento teórico e prático do Serviço Social (MARCON SIN, 2009. p. 65).

Quando se trata de documentação para o Serviço Social é necessário a relação teoria e prática sendo um debate necessário para se entender esse procedimento. De acordo com Almeida (2006) as finalidades da sistematização da prática são os procedimentos investigativos que o Assistente Social deve ter em seu trabalho cotidiano, isso foi entendido pelo o Centro Latino-Americano de Trabalho Social (CELTS) com o todo processo de organização teórico-metodológico e técnico instrumental da ação profissional, a sistematização de sua vida profissional se constitui numa etapa fundamental das elaborações teóricas dentro da profissão. Significa também um processo que envolve produção, organização e análise dos mesmos a partir de uma postura crítico-investigativa:

A sistematização, portanto, não implica nenhuma dimensão redentora da atividade profissional, mas um recurso que lhe recobra e lhe ressalta sua dimensão crítico-investigativa, a partir da angulação própria que o trabalho profissional adquire enquanto participante de um processo de trabalho coletivo no âmbito das estratégias institucionais de materialização das políticas sociais (ALMEIDA, 2006, p. 08).

Com uma intervenção distinta vê-se como é de suma importância a sistematização, é necessário pensar que a investigação também deve atravessar o trabalho do profissional de Serviço Social, como também é de grande relevância compreender que o processo investigativo está relacionado a uma concepção de profissão, possuindo, assim, uma dimensão política, ética e teórica. Além de fazer parte de um trabalho coletivo. A sistematização proporciona o ato constante de pensar sobre o fazer profissional, que auxilia na melhora das respostas dados às demandas que se apresentam no cotidiano dos profissionais.

Com a experiência vivenciada no estágio I e II observei a falta de medicamentos, equipamentos e a carência até mesmo de recursos humanos, observa-se também uma verdadeira deficiência na estrutura física sendo precárias as instalações elétricas, sanitárias e hidráulicas.

As péssimas condições de atendimento á população, também são retratadas pela falta de equipamentos médicos, e o déficit de profissionais para compor a equipe interdisciplinar, exames laboratoriais que os resultados saem no mínimo em três meses. Inexistência de simples medicamentos para diabetes, hipertensão e antibióticos importantes.

Há uma superlotação dos hospitais públicos. Esses são também percalços enfrentados nos serviços de atenção primária, contribuindo assim com a deficiência no número de leitos onde obriga o paciente na maioria das vezes a passar semanas acomodados nos colchões e macas nos corredores dos hospitais a espera de um leito. Essa situação fere a dignidade da população e também dos profissionais da saúde.

Compreende diante desses problemas o que a saúde está enfrentando, isso leva um Serviço Social desligado do projeto ético-político, o dinamismo é árduo, não está fluindo com a realidade atual da instituição. Mas mesmo assim o Assistente Social procura orientar o usuário e realizar o seu trabalho de cidadania.

Ainda há também a necessidade de um local adequado e de privacidade para realizar os atendimentos o de não ter sala exclusiva para o profissional e isso é de suma importância, diante desse problema os profissionais em hipótese alguma parou ou deixou de fazer seu trabalho.

Os perfis dos pacientes são de baixo poder socioeconômico ou sem residência fixa, moradores do Distrito Federal e entorno, pessoas em situação de rua. As limitações que foram encontradas nos estágios I e II são as demandas que os profissionais atendem, pois é necessário a autorização do diretor do hospital dependendo do que será feito, como é o caso de fazer e criar oficinas, eventos entre projetos que é de suma importância para atender os usuários. A direção do hospital, como tem rotatividade de diretores, sempre faz mudanças na instituição que não são benéficas para o Núcleo de Serviço Social assim limitando a atuação do profissional, só que observando no dado momento o Estado negligencia e se desresponsabiliza na questão da saúde com a lógica de querer privatizá-la e não transfere ou atrasa os medicamentos, suprimentos e dentre outros.

Nos estágios foi percebido a grande sobrecarga de funções sobre esse profissional, porque as coisas estão ali para serem feitas e o hospital dificulta e até mesmo negligencia. Como não tem um número adequado de assistentes sociais acaba o profissional atendendo a área dele e o ambulatório.

Os limites impostos aos profissionais sendo canais de participação e comunicação do Serviço Social é junto com os profissionais da equipe médica, socializando os casos dos pacientes e o que poderá ser feito, o que realmente o paciente necessita. Os recursos humanos são limitados, pois necessita de mais profissionais do Serviço Social para atender a grande demanda.

No hospital tem uma organização de voluntários, a mesma tem seus prós e contras, pelo lado negativo suas abordagens e trato com os pacientes têm ações de cunho assistencialista, isso desresponsabiliza o papel no estado. Como ponto positivo ela, rediscutida o seu papel na instituição, pode ser uma aliada do serviço social na reivindicação de direitos e controle social do Estado em relação à saúde.

Diante dos problemas o serviço social vem avançando em seu trabalho, na viabilização dos direitos do paciente, por mais que os obstáculos atrasem o objetivo, na promoção da saúde, encaminhamentos e orientações dos benefícios, apesar do cenário escasso de recursos para implementar seu trabalho.

3.2 Percepção no âmbito da tuberculose

O estudo teve o objetivo conhecer os desafios do profissional de Serviço Social no atendimento a pessoas com tuberculose no HRG e como é a dinâmica do exercício profissional do Serviço Social no contexto da área pesquisada junto à equipe interdisciplinar. Foi feito diário de campo durante o estágio supervisionado com observações participantes e também relatos com duas assistentes sociais.

A pesquisa foi baseada na vivência de estágio supervisionado, nos diários de campo, observações participantes. Essa análise de dados se deu através de relatos com duas assistentes sociais, uma agora aposentada teve contato com os pacientes da tuberculose durante vinte e quatro anos com a carga horária de trabalho 40hrs semanal, a segunda atua a seis anos executando seu trabalho 20hrs na semana no âmbito da fisiologia. A atuação de ambas não foi somente com os pacientes da tuberculose, as intervenções também são na pneumologia e nas demais áreas do hospital que tem a inserção do assistente social e as demandas que chegam ao ambulatório.

Durante os relatos e observações em campo busquei entender: o atendimento na tuberculose mostrando os desafios da atuação no hospital diante dos cortes do governo na saúde; estigma da equipe interdisciplinar com os tubérculos visto que séculos passados, até nos dias atuais, a doença é estigmatizada pela sociedade; quais são os meios para evitar a evasão porque diante das revisões bibliográficas abordadas ainda é maior do que preconizado pela OMS os índices de abandono do tratamento; qual o perfil da população na tuberculose porque a doença está ligada aos fatores sociais, e como são as relações de poder na instituição.

3.3 O atendimento na tuberculose no Hospital regional do Gama

O atendimento em casos de tuberculose se dá na atenção primária nos centros de saúde e secundários em hospitais, o tratamento diretamente observado (DOT's) das equipes médicas em acompanhar o processo de medicação do início até a obtenção da cura do paciente é uma das estratégias para o maior acolhimento ao doente e adesão ao tratamento.

No HRG, sendo esse hospital referência em atendimento com pessoas portadoras da tuberculose, o tratamento é através da internação com o período de no máximo seis meses. Na tisiologia a equipe é interdisciplinar, porém falta a inserção de um profissional da psicologia para o atendimento ao tubérculo.

Na atenção ao paciente é primado o princípio de integralidade, sendo essa uma das diretrizes básicas do sistema único de saúde, seu conceito identifica os sujeitos em sua totalidade, segundo Machado et.al (2007) a integralidade se dá no cuidado às pessoas e grupos, tratando-os como sujeito histórico em sua abrangência, social e político.

Com base nos relatos e observações durante o estágio, a assistente social 1 relatou que o atendimento se inicia a partir do momento que é detectado a doença, no encaminhamento através do centro de saúde ou quando entra pelo pronto socorro, o paciente solicita uma avaliação médica da tuberculose, se comprovada a enfermidade o indivíduo será internado e entrará em tratamento.

O assistente social na política de saúde vem com o objetivo de implementação da reforma sanitária conforme aborda Martinelli (2011, p.499) nessa área “pulsam valores humanos candentes e onde trabalhamos com vida em suas múltiplas manifestações, desde o nascimento, passando pela infância, juventude, vida adulta, processo de envelhecimento, até a finitude”.

O trabalho do profissional de serviço social na área da saúde conforme traz Nogueira e Miotto (2006) obtém novo significado quando tem por base os determinantes sociais que estão ligados ao processo saúde-doença, isso na atuação das assistentes sociais está presente, quando adentra um novo paciente na tisiologia é feito a triagem social e todo questionário que interessa ao profissional e a unidade da tisiologia.

No entanto a assistente social que está em atuação aborda que a forma de atendimento mudou, o número de assistentes sociais foi reduzido visto que as demais se aposentaram e não houve contratação de novos profissionais na instituição.

Aqui no nosso setor hoje a realidade é diferente nós temos muitos profissionais que aposentaram, e as assistentes sociais eram divididas por clínicas, eu sempre fiquei para atender mais as tisi e pneumo hoje já não está funcionando dessa forma, eu não tenho somente essas clínicas para atender, porque o nosso número de assistentes sociais reduziu e nós estamos atendendo a demanda que chega até nós, mas no dia que eu estou aqui se tem alguma demanda da clínica eu atendendo, mas não dá mais para fazer aquele atendimento, a intervenção direto lá no leito, conversa com o paciente, o acolhimento, não dá mais para fazer como era antes (Assistente social 2).

Foi mencionada a evolução no sistema da secretária de saúde, o objetivo desse sistema é que todas as instituições onde passar o paciente, faça um relatório e evolução no atendimento do mesmo, trazendo o que Benelli (2004) aborda com base na obra de Foucault e nos estudos de Goffman: as instituições totais usam formas arcaicas de tratamento sem fazer de fato a mudança, usando em seu favor as tecnologias, a profissional fala dos prós e contras:

Desse lado geral melhorou mas por outro lado na nossa realidade hoje (a minha) perdeu um pouco aquela coisa do contato face a face que é um dos papéis do assistente social, nós lidamos com o ser humano, então perdemos um pouco disso, nós não temos mais aquele tempo a conversa, o conhecimento maior que a gente dedicava ao paciente (Assistente Social 2).

Como mostra a profissional se percebe o que Amador (2009) aborda que o profissional em sua atuação está inserido em uma realidade sendo ela contraditória e com altos índices de complexidade que limitam sua intervenção. Como também a fala da mesma mostra os indícios do Projeto de Lei 3145/08, que foi citado anteriormente, da Comissão de Trabalho que aprovou regras para a contratação de assistentes sociais, aumentando a demanda e diminuindo os postos de trabalho, sobrecarregando o profissional (BRASIL, 2017).

Nas falas das profissionais que convivi durante o estágio foi observado que em suas intervenções tem a contribuição no processo de sensibilização dos usuários e na emancipação dos indivíduos com o compromisso da cidadania, segundo Costa (2009) o profissional do serviço social intervém na garantia e viabilização dos direitos, nas condições do acesso aos serviços de saúde tornando essa matéria-prima da profissão na política de saúde.

Posteriormente foi perguntado quais eram os desafios impostos para sua profissão, as respostas foram: a perda da documentação porque toda a intervenção é barrada com essa falta, a ausência de endereço do paciente, vínculo familiar, falta de disciplina por parte dos internados na tisiologia já que não tem um profissional da segurança na ala da tuberculose, gerando assim a não permanência no hospital e o retorno quando bem entenderem.

Devido à esse problema de indisciplina que levam a evasão do tratamento, dentre eles o tempo ocioso que passam os pacientes -sendo esse o motivo maior de abandono-, como não obtiveram a cura da doença os indivíduos retornam para a instituição com a enfermidade mais resistente à medicação, e um dos motivos maiores no retorno ao hospital é pela ausência no suporte dos serviços de redes, visto que diante dos cortes nas políticas públicas acabam todas as redes de serviços estando deficitárias.

Quando o paciente está de alta e em vulnerabilidade social qual a política que ele vai precisar? A de assistência social, quando vamos atrás vemos que está mais precária ainda que nós (...) o nosso atendimento com aquele paciente não dá continuidade aí vira aquele círculo vicioso. Então como nós assistente social vamos conseguir atingir o objetivo de promover esse cidadão (Assistente Social 2).

Foi falada da falta de fundos para custear os materiais que eles necessitam para a higiene pessoal e até mesmo para um projeto de intervenção, os equipamentos e instrumentos médicos, a falta de materiais para os demais profissionais “quando está difícil para uma área interfere em todas as outras, na porta de entrada ele já tem problemas e, internado, já tem outra dificuldade” (Relato 2), a escassez de impressora, papel para fazer encaminhamentos, o sistema não funciona, o telefone no hospital em determinados locais não está em funcionamento.

Conforme o exposto, na política de saúde brasileira tem a disputa de dois projetos, um defende a saúde pública para todos, entretanto o outro defende o mínimo para os gastos sociais agindo de forma incoerente a constituição, que segundo Iamamoto (2011) se vê a mercantilização da saúde e das políticas sociais. Diante das falas observa-se a precarização do SUS, a falta de atendimento adequado aos pacientes e as más condições de trabalho dos profissionais.

Como mostra Sondré et al (2013) a saúde e a educação pública vêm perdendo seus espaços para a privatização, por causa do discurso de ineficiência do estado, por

fim sendo subordinado pelo mercado em que os direitos que foram garantidos por lei perdem seus espaços para a compra e venda de serviços.

3.4 Cortes nos recursos para a saúde, os percalços na viabilização dos direitos dos pacientes.

Constatou na fala das profissionais do Serviço Social a grande dificuldade em manter o paciente e garantir um tratamento adequado diante dos problemas sociais, o índice de pacientes vulneráveis na área é enorme, o atendimento acaba sendo de uma forma péssima e incompleta. O assistente social muitas vezes para garantir algum direito acaba fazendo o que não queria –caridade- visto que estão sem suprimentos e na política de assistência está em falta.

Tem alguns pacientes que não tem chinelo, roupa de saída, a passagem, e que muitas vezes não residem no Distrito Federal, o paciente quer voltar a sua família e precisa da passagem, até aquele momento você já fez de tudo, providenciou a documentação dele, chega uma hora, que esbarrou na coisa e o limite foi esse (Assistente Social 1).

Conforme Iamamoto (2008) na atualidade o desafio é fortalecer e lutar pelo projeto de reforma sanitária, a contrarreforma restringe o financiamento na saúde, é inserido no trabalho cotidiano do profissional diversas estratégias que inibem realmente o seu objetivo na área da saúde. “Esses novos tempos reafirmam, pois, que a acumulação do capital não é parceira da equidade e não rima com igualdade” (IAMAMOTO, 2015, P.18).

São latentes no campo da saúde os limites da prática profissional, a privatização vem ganhando espaços necessita-se avançar na efetivação do Sistema Único de Saúde na perspectiva universal embasado de fato na reforma sanitária.

Mostra-se na área da saúde a deficiência na garantia do tratamento da tuberculose Sales et. Al. (2015) aborda que a equidade e universalidade não é uma realidade aos que deles necessitam, com base da abordagem dos autores percebeu-se na fala das profissionais essa realidade diária em suas intervenções.

Diante de todos os problemas e dificuldades para atingir os objetivos e direitos dos usuários, como a ausência de verbas para saúde, estrutura inadequada, falta de

profissionais para compor a equipe interdisciplinar, fica uma barreira intransponível para a abrangência eficiente da cobertura preconizada pelo PNCT.

De acordo com o Cfess (2010) são criadas contradições viabilizando o propósito da contrarreforma que é dificultar a implementação do SUS constitucional, acarretando obstáculos no cotidiano dos serviços, sendo esses: demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, problemas com a quantidade e qualidade dos atendimentos aos usuários. E também a precarização do trabalho dos profissionais da saúde: baixa remuneração, aumento nas diversificações do trabalho e redução do pessoal.

As falhas para o diagnóstico da doença contribuem para os índices no país, dado a falta de médicos, a escassez de ferramentas para o trabalho e a burocracia interna dos hospitais, podem contribuir para a disseminação da doença, pois quando ao esperar o atendimento o paciente com tuberculose em contato com outras pessoas, por via aérea contamine mesmo sem a intenção aqueles que também aguardam o serviço.

3.5 Tuberculose e o estigma aos portadores da doença

Verificou nos relatos a prevalência do pensamento de caráter social e biológico da doença considerando as fortes conotações sociais envolvendo o perfil do paciente da tisiologia, mostrando a estigmatização que ocorre no espaço, isso é agravado pelas condições de trabalho que o profissional está inserido, pois faltam instrumentos para implementar sua ação, ou seja o problema de estrutura da instituição:

Nós temos que preservar nossa integridade física, porque a gente recebe pouco de insalubridade aqui e ameaça dos pacientes, porque para atender-los nós precisamos de máscara, e esta em falta, eu tive que comprar a máscara especial, então não vou me expor por uma razão que não foi criada por mim por outro lado o perfil também é de pessoas que passaram por criminalidade, pessoas que já tiveram problema com a justiça (Assistente Social 2).

Citado anteriormente nessa pesquisa com base em Goffman (1987) que trata em sua obra da instituição total a equipe dirigente no hospital pode pensar que estão expostos ao perigo da doença, fortalecendo o estigma e preconceito. Vejamos também por outro lado que segundo o autor, sendo o hospital uma instituição, a equipe que a compõe passa por adversidades por causa dos governantes, com já explanado a escassez

de verba, subsídios, tudo isso limita a melhora da atenção no internado fazendo com que não atinja seu objetivo.

As profissionais relataram que têm o afastamento e estigma por parte da equipe, muitos não querem trabalhar na ala da tisiologia, os que já exercem sua função no local, como já sabem o procedimento de como é a doença, tem um contato mais aberto com o indivíduo:

As pessoas que trabalham com a tuberculose justamente por saber como é que se pega não tem tanto medo, tem o conhecimento que depois de 15 dias tomando a medicação eles não estão bacilando, nesse caso já ficamos mais tranquilos, quando precisa de um atendimento urgente nós vamos mas se não esperamos até o período adequado (Assistente Social 1).

Aqui confirma o que Rodrigues, Mota e Ferreira (2015) abordaram, que as representações da doença se pautam no medo e acaba por provocar o afastamento do doente, gerando preconceito e o estigma ligado ao clínico e social, isso pode acarretar isolamento do paciente, desconforto, perplexidade nas condições físicas e emocionais do mesmo, levando dificuldades para o controle da doença.

No trabalho diário dos profissionais da tisiologia surgem problemas no contato com o indivíduo internado, Goffman (1987) explica que ambos, os internados e equipe dirigente se veem com estereótipos:

A equipe o que eu percebo, o paciente quando ele é muito nervoso, a equipe se comunica uns com os outros, fulano está agressivo demais, nem vou chegar perto dele, ele já tomou a medicação e tudo eu já tentei, tem uns que nem roupa quer usar, casos que paciente nem querem tomar banho, eles se revezam para tentar contato (Assistente Social 1).

As palavras da profissional é realmente o que Goffman (1987) traz aos olhos no que tange o trabalho diário na instituição, sendo exposta a conduta do paciente e relatórios que ficam à disposição para outro turno. O intuito dessa fala específica não é denegrir a atuação da equipe interdisciplinar, mas mostrar que até nos dias atuais as formas de atenção ao paciente nas instituições totais não mudaram, visto que todo esse processo da instituição, conforme Goffman aborda, causa mortificação do eu dando abertura na tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucional a qual o indivíduo está inserido.

3.6 Perfil e os motivos que levam a evasão dos pacientes da tuberculose no HRG.

De acordo com as assistentes sociais o perfil dos pacientes na tuberculose são: pessoas em situação de rua; pacientes que vem de presídios ou liberdade condicional; em drogadição; sem vínculos familiar, maioria é do sexo masculino e jovem, pardos e negros, sem documento nenhum, usuário de drogas ilícitas e soro positivo, “nós lidamos demais com o pessoal que está na liberdade condicional, a maioria são drogaditos” (Relato nº 1).

Foi muito mencionada a palavra “morador de rua” e “paciente de rua”, Prates et.al (2011) trata que pelo fato da população em situação de rua sofrer diariamente e estar em extrema vulnerabilidade social, perpetua a discriminação e marginalização reverberando o estigma feito pela sociedade, “estar em situação de rua ou habitar as ruas é diferente de ser de rua” (PRATES et.al 2011, p.194).

Uma das saídas apontada por Prates et.al (2011, p. 212) é a “indispensável articulação entre Estado e sociedade para a superação de estigmas e preconceitos junto ao imaginário social de modo que esses sujeitos possa ter visibilidade”.

Diante do perfil dos usuários é também confirmado, como mostra o Boletim Epidemiológico (2012) e Crispim et al. (2016) os homens são mais acometidos pela doença em fase economicamente produtiva na faixa etária de 25 a 39 anos:

Uma pessoa com todo esse perfil vem para o hospital, imagina a gente começar a trabalhar todos os pontos, com essa pessoa se a gente não está tendo recurso, ferramenta, como a gente pode trabalhar e fazer alguma coisa, nesse aspecto se a própria estrutura física do hospital não tem as condições adequadas para atender o paciente com esse perfil (Assistente Social 2).

No hospital do Gama o índice de abandono é elevado por motivos de abstinência, ociosidade e motivos religiosos. As assistentes sociais mencionaram os mecanismos usados para combater a evasão desses pacientes, como o trabalho de motivar em sua situação da doença e o risco que eles correm em contaminar outras pessoas:

Existia um momento que o serviço social tinha uma oficina de arte, mas infelizmente acabaram com a oficina de artes, com a mudança de direção, os diretores acabam por mudar tudo, os pacientes que presos aqueles trabalhos manuais que faziam lá, aprenderam a trabalhar com o palito de picolé, palito de fosforo, casinhas, artesanatos diferentes, lápis de linho, um porção de coisas e ensinava os demais pacientes, tem gente que saiu daqui até com

profissão, uma coisa que transformou a vida e autoestima (Assistente Social 1).

Com base nas revisões de literatura foram abordados por diversos autores os elevados índices de abandono no tratamento da tuberculose quais são os motivos elencados, tanto Couto et.al (2014) e Soares et. al (2017) o que acarreta essa evasão são operacionalização dos serviços de saúde e a forma de tratamento, demora no atendimento, falta de vínculo entre o usuário e a equipe, desconforto pela falta de alimento ao fazer usos da medicação. As maiores evasões são das pessoas que não tiveram acesso à educação escolar e os níveis de cura são baixos e a morte é elevada.

Dessa forma, mostra-se de fato a necessidade de inclusão nas políticas públicas de ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos com o enfoque na melhoria da qualidade de vida.

Conforme o que pode ser visto, os obstáculos são vários, mas percebe que o cerne de todos os percalços expostos é o estado que não dá a atenção devida à saúde, por fim instaurando a precarização do trabalho em saúde, devido o pouco investimento no setor, e colocando desafios diários para a equipe hospitalar e os usuários do SUS. Para o fim da TB como foi abordado por Sales et. Al. (2015) é necessário o enfoque na proteção social.

3.7 Serviço Social e as Relações de poder no Hospital do Gama

Segundo Goffman (1987) nas instituições estão presentes as relações de poder, sendo uma relação dinâmica que está presente em toda parte, isso no hospital se dá pelo maior poder hierárquico. Para Foucault (1994) o poder é identificado em várias relações sociais sendo chamado de o poder microfísico, que abarca também a relação do médico sobre o paciente, em sentido amplo podemos aqui detectar também a ideia do poder do médico sobre os demais profissionais no ambiente hospitalar.

Ambas abordaram que o serviço social na fisiologia do hospital tem seu espaço conquistado, a equipe conjunta faz a conversa diária com o paciente quando é detectado um problema social eles encaminham ou entram em contato com as profissionais, como também relatado que a equipe é comprometida e faz questão de estar junto.

Desde outra profissional, já houve uma conquista de espaço do serviço social na fisiologia, então quando tem alguma demanda que eles percebem e nos procuram porque sabem que são nossas (Assistente Social 2).

As assistentes sociais na área reconhecem a importância da equipe interdisciplinar para o atendimento dos usuários e se reconhecem como um profissional componente da equipe, há um entendimento da equipe médica no trabalho do assistente social, entretanto na instituição existe a relação de poder, porém na área da tuberculose há certo consenso dos profissionais para se chegar a um denominador comum:

A fisiologia é um clinica que tem um conhecimento maior pelos médicos antigos em relação ao serviço social, como é um hospital que tem bastantes residentes é passado para eles qual é o dever de cada profissional na área, há uma visão mais ampla do papel do assistente social e para aqueles que não têm, cabe a nós falar o que é e não competência do profissional na área (Assistente Social 2).

Percebe-se a importância desta articulação na intenção de um atendimento integral ao usuário, conforme Vasconcelos (2000) a interdisciplinaridade abrange um conhecimento mútuo com o objetivo de práticas horizontais nas relações de poder nos diferentes campos de atuação, que reconhece a necessidade de olhares distintos para um mesmo objeto.

O profissional na saúde irá identificar quais são as necessidades e condições que o paciente está inserido, o maior desafio desse profissional atualmente está relacionado a sua capacidade em decifrar a realidade com objetivo de trabalho criativo preservando os direitos a partir das demandas que são impostas diariamente, sendo esse profissional propositivo, ou seja, passar por cima das rotinas diárias coloca-se de extrema importância o profissional modificar sua forma de atuação.

Assim sendo conforme aborda Machado et. al (2007) a equipe interdisciplinar deverá ter uma maior abrangência na atenção à saúde, porém a integralidade deve partir da orientação para ouvir e compreender para atender às demandas e necessidades sujeitos.

Embora se saiba que a saúde é direito garantido constitucionalmente, há uma enorme contradição nessa conquista estabelecida legalmente, diante da realidade mostrada, “o prognóstico não é muito otimista para os desdobramentos da política social no Brasil, apesar das importantes conquistas de 1988” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.148).

Considerações Finais

A presente proposta de pesquisa teve como finalidade analisar as dificuldades dos assistentes sociais no âmbito da tuberculose a partir dos limites impostos pela instituição e os cortes que estão reverberando na saúde.

Na pesquisa, mostrou-se que são necessárias mais intervenções na melhora da cobertura e medidas de proteção social na tuberculose. Pois há recorrentes ligações da doença com as condutas de vida e hereditariedade para contraí-la, mas não existe de fato a ligação da doença com as condições sociais que estão expostas à população.

A falta de investimentos na saúde é um dos principais fatores para o agravamento de doenças, coloca-se de extrema necessidade um maior entendimento sobre a patologia, juntos à população e profissionais que atuam na fisiologia, como também a participação e o maior entendimento por parte da equipe interdisciplinar.

O assistente social colocando isso em suas intervenções deverá estar de acordo com as práticas de educação em saúde, para não fugir de fato a socialização das informações e a garantia dos direitos.

Percebeu-se ao longo da pesquisa que o serviço social está intrinsecamente ligado na área da saúde e presente em todas as transformações que ocorreram nessa política.

Recomenda-se a inclusão de profissionais como psicólogos para tratar do emocional do paciente, visto que a doença é estigmatizada pela sociedade e o indivíduo sente uma dificuldade para aderir ao tratamento. O profissional da terapia ocupacional também deve ser inserido para tratar do tempo ocioso que passa o paciente quando está internado.

Dessa forma, haverá menores índices de evasão e maior adesão ao tratamento, pois no estágio foi elaborado um projeto de intervenção para os pacientes da tuberculose com o objetivo de abordar o tema sobre a doença e a ociosidade, como resultado 70% continuou no tratamento e se sentiram satisfeitos com as abordagens de cine-debates e oficina de cartazes.

A partir de diversas circunstâncias relatadas nos serviços de saúde, ficou evidente a necessidade da mudança no trabalho do assistente social, suas ações são complexas e permeadas de contradições, o profissional depende das relações de poder

para chegar no objetivo juntamente com a equipe interdisciplinar, e mostrar-se presente em sua atuação rotineira dando resposta mais imediatas.

Durante o estágio obrigatório e na construção dessa monografia foi percebido a necessidade da profissão estabelecer estratégias para aprimorar o ensino na graduação e na capacitação continuada dos profissionais que estão em atuação, porque fortalece o projeto ético-político com o foco na abordagem de temas em relação à exploração/opressão de gênero, raça-etnia, e sobre os grupos marginalizados pela sociedade como a população em situação de rua. Pois muito se tem ouvido dos profissionais falas e práticas conservadoras.

Futuros trabalhos deverão tratar de forma detalhada os conteúdos abordados nessa pesquisa, pois o estudo atendeu ao objetivo inicial em mostrar como se dá o profissional na área.

Portanto, conclui-se que o estudo se coloca de extrema importância, novas pesquisas do serviço social na tuberculose junto à equipe interdisciplinar e sobre os estigmas da doença, serão ações que aprimorarão o atendimento do assistente social aos portadores da tuberculose e de diversas outras doenças.

Referências Bibliográficas

ABEPSS: **Diretrizes Curriculares do Serviço Social**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_diretrizes.pdf>. Acesso em: 19 out.2016.

AGENCIA BRASIL. Ajuste fiscal: governo anuncia corte de 69,9 bilhões de reais do Orçamento. **CARTACAPITAL**, 22 maio.2015. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/economia/ajuste-fiscal-governo-anuncia-corte-de-69-9-bilhoes-de-reais-do-orcamento-6830.html>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

ALMEIDA, N. L. T. de. Retomando a temática da sistematização da prática em Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

AMADOR, J.R de. O. A prática do assistente social na atualidade: a sala de espera como alternativa nos espaços do plantão. In: **Revista Eletrônica Polêmica**. Vol. 8. Rio de Janeiro: LABORE, 2009. Disponível em: <[http://www.polemica.uerj.br/8\(3\)/contemp_5.htm](http://www.polemica.uerj.br/8(3)/contemp_5.htm)>. Acesso em 28 de jul 2017.

AUGUSTO, Otávio. Projeto de expansão da Saúde é ameaçado. **CORREIO BRAZILIENSE**, 26 jan.2016. Disponível em: <http://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2016/01/26/interna_cidadesdf,515240/projeto-de-expansao-da-saude-e-ameacado-com-cortes-de-88.shtml>. Acesso em: 22 fev. 2017.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BENELLI; Sílvia José. A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. **Estudos de Psicologia, Campinas**, v.21, n.3, p.237-252, setembro/dezembro 2004.

BENTO, Maria Aparecida Silva. **Branqueamento e Branquitude no Brasil**. In: **Psicologia Social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil / Iray Carone, Maria Aparecida Silva Bento (Organizadoras)** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, p. (25-58).

BOLETIM EPIDEMIOLOGICO. SVS – Ministério da Saúde. Vol. 43 – março – 2012- Especial Tuberculose. Disponível em: <<http://portal arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43-Mar--o---Especial-Tuberculose.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. SVS - Ministério da Saúde. **Vol. 43 – nº 1 – 2012- Tuberculose no Brasil: realidade e perspectivas.** Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1--pag-15-19-Tuberculose-no-Brasil.pdf>>. Acesso em 12 abr. 2017

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. SVS - Ministério da Saúde. **Vol. 44 – nº2 – 2013- Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia.** Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/06/boletim2-2013-tb-web.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2017.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. SVS - Ministério da Saúde. **Vol. 45 - nº 18 – 2014- Tuberculose, população indígena e determinantes sociais.** Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/13/BE-2014-45--18---Tuberculose.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. SVS - Ministério da Saúde. **Vol. 45 - nº 2 – 2014 - O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios.** Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/BE-2014-45--2--tb.pdf>> Acesso em: 14 abr. 2017.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. SVS - Ministério da Saúde. **Vol. 46 - nº 9 – 2015 - Tuberculose: Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose.** Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007---BE-Tuberculose---para-substitui---o-no-site.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. SVS - Ministério da Saúde. **Vol. 47 - nº 13 – 2016 - Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública.** Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. SVS - Ministério da Saúde. **Vol. 48 - nº 8 - 2017 - Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil.** Disponível em <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/23/2017-V-48-N-8-Indicadores-priorit-rios-para-o-monitoramento-do-Plano-Nacional-pelo-Fim-da-Tuberculose-como-Problema-de-Sa--de-P--blica-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

BRASIL, Emanuelle. Câmara do Deputados. **Comissão de trabalho aprova regras para a contratação de assistentes sociais.** Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/ASSISTENCIA-SOCIAL/535020-COMISSAO-DE-TRABALHO-APROVA-REGRAS-PARA-CONTRATACAO-DE-ASSISTENTES-SOCIAIS.html>>. Acesso em 22 mai 2017.

_____**Lei n o 8.080, de 19 de setembro de 1990** - Planalto. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 mai 2017.

_____**Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Regula o exercício da profissão de Assistente Social e da outras providências.** Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm> . Acesso em: 20 fev. 2017.

_____**Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano nacional pelo fim da tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.** Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf>> . Acesso em: 17 abr. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. **São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.**

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético – Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

_____**Projeto Ético – Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate.** In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

CARDOSO, F. G.; MACIEL, M. Mobilização social e práticas educativas. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. **Brasília, DF: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, módulo 4, p. 139-150, 2000.**

CARNEIRO, Sueli. **Movimento Negro no Brasil: Novos e Velhos Desafios.** Caderno CRH, Salvador, n. 36, p. 209-215, jan./jun. 2002.

CFESS: **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na política de saúde.** Brasília CFESS, 2010.

_____**Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília CFESS, 2009.

_____ **RESOLUÇÃO N.º 383/99** de 29/03/1999. EMENTA: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 23 mai 2017.

_____ **RESOLUÇÃO N.º 493/2006** de 21 de agosto de 2006. EMENTA: Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf>. Acesso em: 01 jun 2017.

COCA, Aline Cortat; MARINS, Marisa; FERRAZ, Raquel Franchin; COSTA, Fernando Augusto Alves. Tuberculose: formas clínicas e características epidemiológicas da população internada nos sanatórios de Campos do Jordão. **Rev. Panam Infectol.** 2015;17(2):83-89. Disponível em: <<https://www.revistaapi.com>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997.** Regulamenta as profissões de Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/resolucao218_05_05_97.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

COSTA, M. D.H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

COUTO, Davi Sarmento de; CARVALHO, Rafael Nicolau; AZEVEDO, Elisângela Braga de; MORAES, Maria Nascimento de; PINHEIRO, Patrícia Geórgia Oliveira Diniz; FAUSTINO, Elaine Braga. Fatores Determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **SAÚDE DEBATE, Rio de Janeiro, V.38, N.102, P.572-581, JUL-SET 2014.** Disponível em:

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRISPIM, Juliane de Almeida. SCIELO: Adaptação cultural para a escala Tuberculosis-related stigma. **Ciência & Saúde Coletiva, 21(7):2233-2242,2016.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000702233&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29 set. 2016.

ESCOREL, Sarah. Saúde e Democracia. **Revista Saúde em debate, n.º 21. p.51,** 5 de Jun-1998.

FILHO, Claudio Bertolli. **História social da tuberculose e tuberculoso: 1900-1950.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FORTES, Pablo Dias. SCIELO: A justa dose da medida: O tratamento compulsório da tuberculose em questão. **Comunicação Saúde Educação** 2016;20(58):743-51. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000300743&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 29 set. 2016.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Graal 1999.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOFFMAN, E. Estigma. **Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.

_____. **Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 1995.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva 1987.

GONZALES, Lélia. **Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira**. In: Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984.

GUIMARÃES, S.A. Como trabalhar com raça em sociologia. In: Educação e Pesquisa, São Paulo, Vº 29, N 1, p 93-107, 2003.

HASUMI, S. Entrevista gravada em Paris em 13 de outubro de 1977, publicada na revista UMI, em dezembro de 1977, p. 240-256. In: FOUCAULT, M. **Dits et écrits**. Paris: Gallimard, 1994. v. 3, p. 399-414.

HIJAR, Miguel Aiub; GERHARDT, Germano; TEIXEIRA, Gilmário M; PROCÓPIO, Maria José. **Retrospecto do Controle da Tuberculose no Brasil**. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41 (Supl. 1): 50-58. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6489.pdf>> acesso em 10 abril 2017.

IAMAMOTO, M. V. Serviço Social em tempo de Capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 35ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicos no Serviço Social contemporâneo. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2006.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26ª Ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____**O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 1998.

KRUGER, Tânia Regina. Serviço Social e saúde: Espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez 2010.**

LISBOA, Teresa Kleba. Gênero, feminismo e Serviço Social: encontros e desencontros ao longo da história da profissão. **Revista Katálisis, Florianópolis, v.13, n.1, p. 66-75, jan. 2010.**

MACHADO, M.F. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva, 12(2); p. 355-342, 2007.**

MACHIORI BUSS. Paulo; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes sociais. **PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1):77-93,2007.**

MACIEL, Ethel Leonor Noia. SCIELO: Estratégias da agenda pós-2015 para o controle da tuberculose no Brasil: desafios e oportunidades. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25 (2):423-426, Abr-Jun 2016.** Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742016000200423&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 29 set. 2016.

MACIEL. Marina de Souza; MENDES, Plínio Duarte; GOMES, Andréia Patrícia; BATISTA, Rodrigo Siqueira. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria*. **REV. BRAS CLIN MED. SÃO PAULO, 2012 MAI-JUN; 10(3):226-30.** Disponível em < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>> . Acesso em 05 abril 2017

MARCEL, Ethel Leonor Noia; SALES, Carolina Maia Martins. SCIELO: A vigilância epidemiológica da tuberculose no Brasil: como é possível avançar mais? **Epidemiol. Ser. Saúde, Brasília, 25 (1):175-178, Jan-Mar2016.** Disponível em:<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000100018> Acesso em: 29 set. 2016.

MARCONSIN, C. Documentação em Serviço Social: Debatendo a Concepção burocrática e rotineira. **Serviço Social: temas, textos e contextos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.**

MARQUES JUNIOR, Joilson Santana. Questão Racial e Serviço Social: Um olhar sobre sua produção teórica antes e depois de Durban. **Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, Rio de Janeiro, FSS/UERJ,2007.**

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n. 107. 2011. p. 479-505.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626, 2012.

_____. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. **18 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.** Disponível em:<<http://br.librosintinta.in/minayopdf.html>.> Acesso em: 17 nov.2016.

MIOTO, R. C. T. Trabalho com Famílias: um desafio para os Assistentes Sociais. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº3, dez.2004.

MIOTO, R.C.T; NOGUEIRA, V.M.R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243**, jul./dez.2009.

MONTENEGRO TH. Tuberculose e Literatura: **notas de pesquisa.2. ed. Rio de Janeiro: A Casa do Livro;1971.**

MUNANGA, Kabengele. **Uma abordagem conceitual das noções de Raça, Racismo, Identidade e Etnia.** Palestra proferida no 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação - PENESB, Rio de Janeiro, 2003.

NASCIMENTO, Bárbara. Governo corta mais de R\$ 6 bilhões em recursos para Saúde e educação. **O GLOBO**, 30 mar.2016. Disponível em <<http://oglobo.globo.com/economia/governo-corta-mais-de-6-bilhoes-em-recursos-para-saude-educacao-18988015>.> Acesso em: 22 fev. 2017.

NETTO, J.P. Transformações societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: CORTEZ, 1996, n. 50, p.87-132.**

NOGUEIRA, V. M.; MIOTO, R.C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS- e as exigências para os Assistentes Sociais. **In: Anais da Oficina Nacional da ABEPSS, Florianópolis, 2006.**

PEDRO, Alexandre San; OLIVEIRA, Rosely Magalhães. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev. Panam Salud. 2013;33(4):294-301.**

PORTAL SÃO FRANCISCO. **Casemiro de Abreu, biografia**. Disponível em: < <http://www.portalsaofrancisco.com.br/biografias/casimiro-de-abreu>> Acesso: 27 mar 2017.

PORTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública [online]. 2007, vol.41, suppl.1, pp.43-49**. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000800007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 02 mar. 2017

_____. ‘A vida inteira que podia ter sido e que não foi: trajetória de um poeta tísico’. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos, VI (3): 523-550, nov. 1999-fev. 2000**. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000400003> acesso em 05 abril 2017

PRATES, Jane Cruz et al. Populações em Situação de Rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 11, n.22, p.191-215, jul./dez. 2011.

R7 SAÚDE. **Brasileiro ignora causas da tuberculose**. Publicado em 20/12/2010 às 11h02. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/noticias/brasileiro-ignora-causas-da-tuberculose-20101220.html>>. Acesso em 27 abr. 2017.

RODRIGUES, ILA; MOTTA, MCS; FERREIRA, MA. SCIELO: Representações Sociais sobre a tuberculose. **Rev.Bras Enferm. 2016 mai-jun;69(3):532-7**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100004>. Acesso em: 29 set. 2016.

ROGERS, Wendy; BALLANTYNE, Angela. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. **RECIIS-R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.2, Sup.1, p.Sup.31-Sup.41,Dez., 2008**.

SALES, Carolina Maia Martins; NUNES, Gabriela Ferreira; ROGÉRIO, Wesley; CASTRO, Tiago; SANTOS, Bárbara Reis; MACIEL, Ethel Leonor Nóia. Tuberculose e a questão social: uma revisão sistemática de estudos brasileiros. **Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 17 (4): 156 – 175, out – dez,2015**. Disponível em: < <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/14342>>. Acesso em 15 de fev. 2017.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, p. 89-93, set. 2007**. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000800012&script=sci_abstract&tlng=pt> acesso em 10 abril 2017.

SASAKI, Natália Sperli G. M. S; SANTOS, Maria de Lourdes Sperli G; VENDRAMINI, Silvia Helena F; NETTO, Antonio Ruffino; VILLA, Teresa Cristina Scatena; NETO, Francisco Chiaravalloti. SCIELO: Atrasos na suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados. **Rev. Bras, Epidemiol Out-Dez 2015; 18 (4): 809-823.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000400809&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 29 set. 2016.

SAÚDE. Programa Nacional de Controle de Tuberculose- Ministério da Saúde. Disponível em:https://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/21/Apresentacao-sobre-os-principais-indicadores-da-tuberculose.pdf&ved=0ahUKEwjLolaSsNDUAhXJHZAKHW_5DDcQFgg-MAM&usg=AFQjCNEILmErNuQG1XIFri_L6MEhq2YQ6A. Acesso em 18 jun 2017.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE- MINISTÉRIO DA SAÚDE-BRASIL. **Boletim Epidemiológico. Volume 47 nº 13- 2016.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/11955-boletins-epidemiologicos-arquivos>> Acesso em: 26 out. 2016.

SIDEGUM, Daniele Susana Volkart; GONZALES, Roxana Isabel Cardozo; HARTER, Jenifer; SCHERER, Luciene Cardoso; PILECO, Flávia Bulegon. SCIELO: Avaliação do atendimento laboratorial a sintomáticos respiratórios para tuberculose que procuraram serviços de saúde em Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012*. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24 (4):695-700, Out-Dez 2015.** Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400011> Acesso em: 29 set. 2016.

SOARES, Laura Tavares. Políticas e Movimentos Sociais. In: SADER, Emir; BENJAMIN, César; GENTILI, Rafael (Org.). **Governo Lula: Decifrando o enigma. São Paulo: Viramundo,2004.**

SOARES, Marcelo Luiz Medeiros; AMARAL, Nathália Alves Castro do; Zacarias, Amanda Correia Paes; RIBEIRO, Leila Karina de Novaes Pires. Aspectos sociodemográficos e clínico epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. **Epidemol.Serv.Saude, Brasilia,26(2):369-378,abr-jun 2017.** Disponível em:

SONDRÉ ET AL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.114, p. 365-380, abr./jun.2013.

SOUZA, Bia. Cortes de gastos na Saúde são "morte do SUS", diz ex-ministro. **UOL NOTÍCIAS**,03jun.2016.Disponível em:<<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2016/06/03/limite-de-gastos-e-declaracoes-de-ministro-preocupam-especialistas-em-saude.htm>>Acesso em: 22 fev. 2017.

VASCONCELOS, Ana Maria. Et al., Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, Maria Inês et al., Serviço Social e Saúde. **São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ**, 2005.

VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. **6°. ed. São Paulo: Cortez**, 2009.

_____**Saúde e Serviço Social: tendências nos anos 2000**. Texto de subsídio para as palestras do Seminário Estadual na Saúde. Promoção: DSS/UFSC, CRESS e SMS de Fpolis Dias 29 e 30/03/10. Disponível em: <<http://www.cresssc.org.br/img/noticias/Semin%C3%A1rio%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20SS/Ana%20M%20Vasconcelos%20A%20quest%C3%A3o%20%C3%A9%20como%20priorizar%20a%C3%A7%C3%B5es%20entre%20tantas%20demandas.pdf>>.

Acesso em 25 mai 2017.

_____**Relação Teoria/Prática: O processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social**. Serviço Social e Saúde. **São Paulo: Cortez**, n.57,1998.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.