

## **ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DA TUBERCULOSE E DIÁLOGO COM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL**

### **SOCIO-CULTURAL ASPECTS OF TUBERCULOSIS AND DIALOGUE WITH PUBLIC HEALTH POLICIES IN BRAZIL**

### **ASPECTOS SOCIO-CULTURALES DE LA TUBERCULOSIS Y EL DIÁLOGO CON LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA EN BRASIL**

Débora Regina Marques Barbosa<sup>1</sup>  
Manoel Guedes de Almeida<sup>2</sup>  
Lidiane Mota Martins<sup>3</sup>  
Tayná Maria Gonçalves Varão Silva<sup>4</sup>  
José Ivo dos Santos Pedrosa<sup>5</sup>  
Matilde Marques Barbosa<sup>6</sup>

#### **RESUMO**

A tuberculose (TB) leva ao distanciamento dos indivíduos de seus ambientes sociais e afetivos, com reconstrução de valores coletivos, relegando-os à condição de inferioridade e subserviência sartreanos, passivos às condições opressoras impostas pela sociedade, que desconsidera o *Outro* como legítimo na construção social intersubjetiva. Este trabalho visa abordar os aspectos sociais, simbólicos e psicológicos do portador de tuberculose e PPS no Brasil através de revisão integrativa nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Scholar por meio dos descritores Tuberculose, Sociedade, Cultura, Aspectos Psicossociais, Aspectos Socioculturais; Políticas Públicas em Saúde, Movimentos Sociais e Controle Social, agrupados ou individualmente, segundo sua proximidade ou afastamento com a pergunta norteadora: “Como as Políticas Públicas em Saúde dialogam com os movimentos sociais e os aspectos socioculturais da Tuberculose?”. Considerando que a forma de ver uma situação e seu significado em determinada realidade é fator norteador, mesmo que subjetivo, de ações, acentua-se que intervenções devam dar-se na medida de sua

---

<sup>1</sup> Instituto de Ensino Superior Múltiplo. E-mail: [ddebora.regina@gmail.com](mailto:ddebora.regina@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal do Piauí. E-mail: [manoel.medufpi@gmail.com](mailto:manoel.medufpi@gmail.com)

<sup>3</sup> Instituto de Ensino Superior Múltiplo. E-mail: [lidiane.iesm@hotmail.com](mailto:lidiane.iesm@hotmail.com)

<sup>4</sup> Universidade Federal do Piauí. E-mail: [taynamaria@gmail.com](mailto:taynamaria@gmail.com)

<sup>5</sup> Universidade Federal do Piauí. E-mail: [jivopedrosa@gmail.com](mailto:jivopedrosa@gmail.com)

<sup>6</sup> Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP/UFPI. E-mail: [matildes.m.b@gmail.com](mailto:matildes.m.b@gmail.com)

totalidade humana, sócio-econômico-político-cultural. É nesse sentido que o conhecimento da situação socioeconômica e cultural de uma região é imprescindível ao enfrentamento da cadeia de eventos dessa doença eminentemente social em determinada comunidade.

**Descritores:** Tuberculose; Políticas Públicas de Saúde; Movimentos Sociais, Cultura, Sociedade.

## **ABSTRACT**

Tuberculosis away from individuals affected by their social and affective and reconstruction of collective values, relegating them to the condition of inferiority and subservience Sartrean, liabilities oppressive conditions imposed by society, which dismisses the other as legitimate in the intersubjective social construction. This work aims to address the social, psychological and symbolic carrier of tuberculosis and PPS in Brazil through integrative review in databases Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar using the descriptors Tuberculosis Society, Culture, Psychosocial Aspects, Sociocultural Aspects; Public Policy in Health, Social Movements and Social Control, individually or grouped according to their proximity or remoteness to the guiding question: "How Public Policies on Health dialogue with social movements and sociocultural aspects of Tuberculosis?". Whereas the way of seeing a situation and its meaning in a certain reality is guiding factor, even though subjective, of actions, it is stressed that interventions should take in the full measure of human socio-economic-political-cultural. In this sense, knowledge of cultural and socioeconomic situation of a region is essential to confronting the chain of events that disease primarily social in a given community.

**Keywords:** Tuberculosis, Public Health Policies; socio-cultural aspects

## **RESUMEN**

La tuberculosis (TB) conduce a la separación de las personas de su entorno social y emocional, con la reconstrucción de los valores colectivos, relegando a la situación de inferioridad y subordinación sartreanos, pasivos ante condiciones opresivas impuestas por la sociedad, que rechaza al otro como legítimo en la construcción intersubjetiva social. Este trabajo tiene como objetivo abordar el portador social, psicológico y simbólico de la tuberculosis y el PPS en Brasil a través de revisión integradora en bases de datos Scientific Electronic Library Online (SciELO) y Google Académico a través de la Sociedad de la Tuberculosis descriptores, Cultura, aspectos psicosociales, aspectos socio-culturales; Políticas

Públicas en Salud, Movimientos Sociales y Control Social, agrupados o individualmente, en función de su proximidad o lejanía a la pregunta orientadora: "¿Cómo Políticas Públicas de Salud diálogo con los movimientos sociales y los aspectos socioculturales de la tuberculosis?". Considerando que la forma de ver una situación y su significado en una determinada realidad está guiando factor, aunque subjetiva, acciones, destaca que las intervenciones deben tomar la medida totalmente humano, socio-económico-político-cultural. Es en este sentido que el conocimiento de la situación cultural y socioeconómica de una región es esencial para hacer frente a la cadena de acontecimientos que esta enfermedad eminentemente sociales en una comunidad en particular.

**Descriptor:** Tuberculosis, Políticas Públicas de Salud, Movimientos Sociales, Cultura, Sociedad.

## INTRODUÇÃO

Estima-se que um terço da população mundial encontrava-se, em 2007, com Tuberculose, uma doença infectocontagiosa causada por *Micobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch, descoberto em 1882. No organismo humano, esse patógeno se desenvolve em órgãos – alvo, como pulmão, ossos, rins e meninges, constituindo formas clínicas de características e com gravidade diversa(1). Por sua característica de transmissão e histórica gravidade, geralmente associada à boemia, o paciente com TB foi fortemente estigmatizado, excluído socialmente, perseguido, oprimido por grupos sociais e pelo Estado e suas instituições(3).

A doença vem assumindo feições cada vez mais particulares em todo o mundo, haja vista a maior longevidade da população e os avanços no diagnóstico e tratamento de várias doenças antes intratáveis e que, associadas aos modos de vida e produção modernos, convergem para um estado geral potencialmente lesivo. Nesse contexto, doenças como AIDS - primeira causa de morte de pacientes com Tuberculose(1) - e outros agravos imunodepressores comuns na vida contemporânea remetem a novas características epidemiológicas, sociais, econômicas e culturais da Tuberculose nas populações afligidas(3).

O Brasil está incluído entre os 22 países que abrigam 80% dos casos existentes de TB no mundo, isto é, um terço da população mundial - cerca de 2 bilhões de pessoas - encontram-se infectada por *Mycobacterium tuberculosis*. Um dado alarmante, visto que aloca essa doença à

categoria de agravo infeccioso que mais mata no mundo, tendo chegado em 2005 a 1,6 milhões de óbitos<sup>(1)</sup>.

Por ser a TB uma doença infectocontagiosa, a permanência da doença nas populações está na dependência tanto da transmissão quanto da fonte transmissora, sobre as quais devem recair as Políticas Públicas em Saúde. Por essa razão, as regiões com maior prevalência da doença geralmente estão associadas também à maior incidência, haja vista a transmissão interpessoal, direta ou indireta, da mesma. Estimativas do Ministério da Saúde apontam que apenas uma pessoa bacilífera é capaz de infectar, em um ano, em média 10 a 15 pessoas. Por ser o homem o reservatório principal do bacilo, é sobre ele e suas inter-relações que devem recair as políticas de combate à TB<sup>(1-2)</sup>. É nesse sentido que o conhecimento da situação socioeconômica e cultural de uma região é imprescindível ao entendimento completo da cadeia de eventos que levam à perpetuação da doença em determinada comunidade.

Apesar do contexto de alarde, ainda são tímidas as iniciativas populares capazes de influenciar as Políticas Públicas de Saúde no Brasil voltadas para o controle desta enfermidade, haja vista a dimensão que a doença tem atingido e o preconceito ainda presente (4-5).

## **OBJETIVOS**

Em face do exposto, o presente trabalho tem por objetivo abordar os aspectos sociais e culturais do portador de tuberculose no Brasil, os Movimentos Sociais de combate à TB e as Políticas Públicas de Saúde para o controle dessa enfermidade.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de revisão integrativa da literatura na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Scholar por meio dos descritores Tuberculose, Sociedade, Cultura, Aspectos Psicossociais, Aspectos Socioculturais; Políticas Públicas em Saúde, Movimentos Sociais, Controle Social. Os descritores foram considerados agrupados ou separadamente no decurso da busca.

Revisão integrativa consiste em metodologia de pesquisa bibliográfica que proporciona integrar o conhecimento sobre determinada temática como substrato à

identificação e análise de estudos independentes, possibilitando a construção de novos saberes diante do desenvolvimento de pensamento crítico sobre os temas abordados<sup>(6)</sup>.

Como critério de inclusão, foram considerados artigos completos publicados em língua portuguesa. Em seguida, por meio de busca ativa, foram selecionados trabalhos relacionados ao tema, de acordo com sua proximidade ou distanciamento com a seguinte pergunta norteadora: “Como as Políticas Públicas em Saúde dialogam com os movimentos sociais e os aspectos socioculturais da Tuberculose?”.

Como critério de inclusão, foram utilizados trabalhos publicados em periódicos e livros em língua portuguesa. Como critério de exclusão, fora considerada, através de busca ativa, o distanciamento da questão norteadora previamente delimitada. Tendo em vista a necessidade de se incluir diversas visões sobre o tema, optou-se por não utilizar período de publicação como critério de inclusão/exclusão.

Para apresentação, síntese e análise dos dados, optou-se por abordagem descritiva, de abordagem qualitativa, de modo a possibilitar observar, descrever, classificar e comparar dados.

## **RESULTADOS**

### **Contextos sociais e culturais da tuberculose**

A tuberculose mantém, historicamente, íntima relação com questões sociais de iniquidade, pobreza e subdesenvolvimento<sup>(7-8-9-10)</sup>. Com efeito, o aumento dos processos de migração da população brasileira e favelização dos centros urbanos dele decorrente, a má distribuição de renda, bem como situações de moradia e atenção geral à saúde precários estão no epicentro da grave situação em saúde não só no tocante à tuberculose, mas a outras enfermidades infectocontagiosas<sup>(11-12)</sup>. A esses fatores, se associam aspectos biológicos, *lato sensu*, como cepas resistentes e mais virulentas do bacilo, bem como a associação da doença com co-morbidades do mundo contemporâneo, como HIV/AIDS e a emergência de cepas multirresistentes de tuberculose<sup>(7)</sup>.

Dessa forma, a TB não pode ser considerada no contexto brasileiro sob a mesma ótica de países desenvolvidos<sup>(7-13)</sup>. Considerando que a forma de ver uma situação ou uma realidade e seu significado frente a uma realidade é fator norteador de ações institucionais, mesmo que subjetivas, faz-se importante acentuar o fato de que as intervenções no Brasil devam se proceder na medida de nossa realidade local<sup>(7)</sup>. Essa ressignificação da TB e de suas políticas

de controle só é possível com um maior incentivo à participação popular e estudos aprofundados da realidade particular de cada região.

O fato de a tuberculose não ser uma doença recente, estando presente na sociedade desde os tempos mais remotos, faz com que ela tenha adquirido traços característicos que não se limitam à alteração morfofuncional decorrente do processo patológico<sup>(14)</sup>. Por ser uma doença infecto-contagiosa, traz consigo aspectos sociais estigmatizantes que, ao longo da história, culminaram em afastamento paulatino dos acometidos de seus ambientes coletivos e afetivos, relegando-os a uma condição de estranheza no que pese seus aspectos psicológicos. Desse modo, o doente assumira uma condição de inferioridade e subserviência, passivo às condições opressoras impostas por uma sociedade lesiva, que não considera o *Outro* como legítimo na construção social de suas políticas e instituições<sup>(14-15)</sup>.

Estes aspectos se somam a negligência das autoridades locais e regionais em não considerar a TB uma doença que mereça atenção, impondo dificuldades à prestação de serviços e à efetivação em rede das políticas de saúde<sup>(16)</sup>. Além disso, conhecimento da morfofisiologia da doença e os avanços no seu tratamento não têm alcançado resultados epidemiologicamente significativos por representarem apenas pequeno recorte do agravo, desconsiderando a construção socioeconômica e a subjetivação da doença, orientadores de modos de vida e do enfrentamento de uma dada realidade. Sob essa perspectiva biologicista, as Políticas Públicas em Saúde existentes no Brasil possuem, majoritariamente, como foco principal o bacilo, deixando de lado todo contexto que envolve o sujeito e sua construção cultural.

Ponto importante apontado na literatura é a quase completa escassez de participação da sociedade civil organizada na tomada de decisão quanto às políticas de combate à TB no Brasil<sup>(15-17)</sup>. Em nenhum momento da história do país, desde a interferência inicial do Estado no início do século XX até o ano de 2003, houve participação popular em qualquer tomada de decisão quanto à TB. Esse afastamento é preponderante quando se considera o caráter marginalizador da TB e o sentimento de exclusão sociopolítica dele gerado. Na estranheza entre Estado e Comunidade talvez resida o gérmen da calamidade em que se encontram os pacientes com TB no Brasil e a dificuldade de participação popular nas políticas públicas no combate a esse agravo.

De 2003 em diante, todavia, uma gradual participação popular, apoiada pela abertura política virtualmente proporcionada pela Constituição de 1988 e pelo Sistema Único de Saúde, têm se desvencilhado no país. Em consequência, houve redução gradual na

mortalidade e morbidade por TB no Brasil, com aumento dos casos diagnosticados, maior incidência de cura e redução da prevalência da doença em diversas regiões<sup>(15)</sup>. Apesar de ainda se tatear nesse sentido, a maior participação popular já mostra resultados concretos e significativos em detrimento de anos de Políticas Públicas deterministas e centralizadas.

Desta forma, medidas de controle da tuberculose vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos com o intuito de reduzir os efeitos lesivos da doença. Para tanto, foi criada o Plano de Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose em Municípios Prioritários Através da Atenção Básica, tendo como objetivos ações de promoção saúde e mobilização social para a implementação do Plano nos municípios, bem como maior qualificação e treinamento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, disponibilização de dados referentes à TB no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), de modo a racionalizar as ações e quantificar seus efeitos, com base em indicadores de melhoria pré-definidos<sup>(16-20)</sup>.

### **Breve história das Políticas Públicas de Saúde no combate à tuberculose no Brasil**

A esse ponto, cabe salientar o processo histórico de construção das políticas públicas de combate à tuberculose no Brasil. Apesar de seu início relativamente recente, datando do início do século XX, ações de maior impacto só começaram a ser desenvolvidas tardiamente. Após vários insipientes, projetos pouco mobilizadores escabeceados por grandes nomes e instituições, como Carlos Chagas e sua Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, no final da década de 1910, e do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, em 1975, essa doença só passou a ser prioritária para o Ministério da Saúde em 1999<sup>(16-18)</sup>.

A criação do Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) em 1940, representou tenro início indicativo de caminho a seguir. Logo em seguida instalou-se a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), que teve um enorme impacto no Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Em 1970, substitui-se o SNT pela Divisão Nacional de Tuberculose (DNT). Essas instituições e políticas tinham como objetivo maior a assistência aos portadores de TB com vistas à diminuição da transmissibilidade pessoa-pessoa. Baseavam-se, para tanto, no isolamento dos pacientes e tratamento da doença. Um ano depois surge a Central de Medicamentos (CEME), sob a mesma visão médico-assistencialista que embasou as políticas que se seguiram, com intuito de distribuir tuberculostáticos para os doentes. Em 1975,

inaugura-se o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que se adere ao Programa de Controle da Tuberculose e restringe as ações iniciadas pela DNT<sup>(16-19-20)</sup>.

Em 1981, já mobilizados pelas ideias difundidas pelo Movimento de Reforma Sanitária, surgem novas estratégias de serviço em saúde que visam à atenção integral do paciente com TB. Configuraram-se em Ações Integradas à Saúde (AIS), Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa tríade sustentava uma malha mais ou menos coesa, mesmo que virtualmente, de atenção integral do paciente. Em 1990 é então extinto o CNCT e criada a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS), ainda com forte influência epidemiológico-sanitarista<sup>(16-19-20-21)</sup>.

O ano de 1993 representou um ponto de inflexão na atenção à tuberculose. Quando a OMS declarou que a TB no mundo era um estado de Urgência, fez com que o Ministério da Saúde do Brasil, sobre tensa pressão dos movimentos sociais organizados, elaborasse um Plano Emergencial de combate à tuberculose com o objetivo de controlar a doença, sendo efetivado apenas em 1996. Em 1998 lança-se o Plano Nacional de Controle de Tuberculose com as seguintes diretrizes: o Ministério da Saúde será responsável pelo estabelecimento de normas, pedido e abastecimento dos medicamentos, pela coordenação do sistema de informação, o devido apoio aos Estados e Municípios e pela articulação intersetorial<sup>(16-20-21)</sup>. Desse modo, fora efetivamente estruturada a malha de informações, saberes e ações em saúde com vistas à efetivação das políticas de combate à tuberculose no Brasil.

O PNCT e as ações do MS têm articulado as ações dos três níveis de assistência e gestão no SUS, aglutinando a participação social e as organizações não governamentais com intuito de realizar o diagnóstico da doença e garantir o tratamento supervisionado que deve ser ofertado a todos os casos identificados<sup>(19-20-21)</sup>.

Convém ressaltar que a implementação de qualquer política em saúde requer uma organização, uma hierarquia dissipadora de ideias e ações e uma malha coesa que propicie capilaridade em todas as regiões do país. Por essa razão, as ações em saúde no período pré – SUS eram dissociadas de efetividade substancial, sendo, de fato, desproporcional aos gastos destinados para o setor saúde. A grande revolução do SUS, nesse contexto, constitui-se na construção de uma Rede de Acolhimento, acolhimento não só de pessoas, mas de ações. Desse modo, pode-se considerar a decisão do MS em 1998 de criar o PNCT como sendo filha da base sólida constituída pela Rede do Sistema Único de Saúde.

## CONCLUSÃO

A TB corresponde a grave problema social e de saúde pública no Brasil e no mundo. Esse problema pode ser encarado sob diversas perspectivas e cada qual remete a uma forma específica de ver o mundo, construída histórica e culturalmente, da qual nem os governos nem os sujeitos podem se eximir.

Há então, no Brasil a duplicidade ou multiplicidade de olhares sobre a doença que é subjetivada pelos grupos coletivos. No mundo das micro e macro-relações de poder, a visão do grupo hegemônico faz-se valer a partir de políticas de governo que imprimem verdades construídas coletivamente e que não consideram os grupos minoritários sobre as quais recaem no processo de construção.

Desse modo, há a polarização no Brasil entre uma perspectiva epidemiológica e outra sócio-econômico-antropológica de entender a relação saúde-doença que culminou no desenvolvimento de Políticas Públicas de Saúde centradas nos aspectos biológicos da Tuberculose e que ignoram os indivíduos como agentes capazes de orientar os rumos de suas vidas e interferir sabiamente nessas políticas.

Em conjunto, esses fatores deixam de lado o caráter relacional da TB, que se constrói na medida das relações humanas, e corroboram para um quadro maior risco de adoecimento, morte e infelicidade.

## REFERÊNCIAS

1. Kritski AL; Villa TS; Trajman A; Silva-Júnior L; Medronho RA; Ruffino-netto A. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. Rev. Saúde Pública v.41 supl.1 São Paulo set., 2007.
2. Brasil. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Ministério da Saúde. Meus doc: relatório da tuberculose/CGDEN, 2008.
3. Hijjar MA, Procopio MJ, Oliveira R., Teixeira GM. A tuberculose no Brasil e no mundo. Boletim de Pneumologia Sanitária - Vol. 9, Nº 2 - jul/dez – 2001.
4. Almeida MG, Pedrosa JIS, Soares LF. Templos e Terreiros: a Universidade em Tempos de Cólera. Saúde e Cultura de Paz. UFC, IMPRECE. v. II. p. 43-43., 2011.

5. Santos-Filho ET, Gomes ZMS. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. *Rev Saúde Pública*. 41(Supl. 1):111-116, 2007.
6. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6
7. Lima MM. Co-infecção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva. *Rev. Saúde Pública*, 31(3): 217-20, 1997
8. Hijjar MA; Procópio MJ, Freitas LMR, Guedes R, Bethlem EP. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. *Pulmão RJ*,14(4):310-314, 2005.
9. Castelo-Filho A *et. al.* II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, 2012.
10. Costa-Neto C. Tuberculose, Vila Rosário e a cadeia da miséria angústias e reflexões de um cidadão. *Bol. Pneumol. Sanit*
11. Maciel MS, Mendes PD, Gomes AP *et. al.* 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
12. Dias S, Gonçalves A. Migração e Saúde, in DIAS, Sónia (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 15-26.
13. Hijjar MA, Procópio MJ, Freitas LMR. *et. al.* Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. *Pulmão RJ* 2005;14(4):310-314.
14. Porto, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2012.
15. Almeida MG, Nunes AF, Silva TMGV, Brandão DCBS, Barbosa VRA, Pedrosa JIS *et. al.* Participação popular nas políticas públicas no combate à tuberculose no Brasil de 2000 a 2011. X Congresso Brasileiro da Rede Unida, 2012, Rio de Janeiro. *Interface - comunicação, saúde, educação*, 2012.

16. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 35(1): 51-58, jan-fev, 2002.
17. Santos-Filho ET; Gomes ZMS. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2012 .
18. Coelho DMM, Viana RL, Madeira CA, Ferreira ALOC, Campelo V. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 19(1):33-42, jan-mar, 2010.
19. Hijjar MA *et. al.* Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2012. .
20. Ruffino-Netto A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. *Bol. Pneumol. Sanit.*, jun. 1999, vol.7, no.1, p.7-18. ISSN 0103-460X.
21. Penna MLF. Uma abordagem ecológica da tuberculose. *Caderno de Saúde Pública*, RJ, 4(4): 356-362, out/dez, 1988.