



CARLOS TOLEDO
SAÚDE • PESQUISA • LITERATURA

A tuberculose não é apenas uma doença: é uma denúncia

*O que as prisões, as ruas e os territórios esquecidos revelam sobre as escolhas
políticas da América Latina*

Carlos Toledo | Brasil

A tuberculose tem cura. Essa afirmação deveria ser suficiente para que a doença estivesse desaparecendo. No entanto, ela continua atravessando celas superlotadas, abrigos, ocupações, ruas, territórios empobrecidos e casas onde falta quase tudo — inclusive o direito de adoecer sem ser culpabilizado. Quando uma enfermidade prevenível e curável persiste por séculos, o problema já não está apenas na bactéria. Está na sociedade que decide quem merece respirar em segurança e quem pode continuar esperando.

Em 2024, cerca de 10,7 milhões de pessoas adoeceram por tuberculose no mundo e aproximadamente 1,23 milhão morreram. Os números são imensos, mas ainda dizem pouco. Estatísticas contabilizam casos; raramente contabilizam quartos sem ventilação, jornadas exaustivas, fome, medo, deslocamentos, humilhações e portas fechadas. A tuberculose não se espalha no vazio. Ela encontra caminho onde a desigualdade já preparou o terreno.

Talvez seja por isso que nos acostumamos a tratá-la como uma doença do passado. É mais confortável imaginar um bacilo antigo do que reconhecer uma injustiça contemporânea. O microscópio identifica o *Mycobacterium tuberculosis*. Mas não mostra a cela onde pessoas dormem a poucos centímetros umas das outras; não registra a mulher que abandona o tratamento porque precisa escolher entre comparecer ao serviço de saúde e garantir o alimento dos filhos; não mede a violência de quem tosse na rua e percebe que, antes de receber cuidado, receberá distância.

Nas prisões das Américas, a taxa de tuberculose chega a ser cinquenta vezes maior do que na população geral. Não se trata de uma fatalidade biológica da prisão. Trata-se do resultado previsível da superlotação, da ventilação insuficiente, do diagnóstico tardio, das transferências frequentes e da descontinuidade do cuidado. Uma sentença judicial retira a liberdade; não deveria suspender o direito à saúde. Quando o encarceramento produz adoecimento evitável, a pena deixa de estar somente nos autos e passa a ser inscrita nos pulmões.

Há ainda uma ilusão perigosa: a de que a tuberculose permanece atrás dos muros. Pessoas entram e saem das unidades prisionais. Trabalhadores retornam às suas casas. Famílias realizam

visitas. A prisão não é uma ilha epidemiológica. Negligenciar a tuberculose no cárcere é também expor toda a comunidade. Defender saúde nas prisões não é relativizar responsabilidades individuais; é assumir uma responsabilidade coletiva básica. O bacilo não consulta antecedentes criminais antes de circular.

Nas ruas, a doença encontra outra forma de confinamento: a ausência de endereço, de repouso, de alimentação adequada e de continuidade. Costumamos recomendar que a pessoa tome corretamente seus medicamentos, preserve-os e compareça às consultas. Mas onde guardar os comprimidos quando não há casa? Como manter horários quando o dia é organizado pela busca de comida, abrigo e proteção? Como exigir adesão sem oferecer condições de existência? Chamar isso apenas de ‘abandono de tratamento’ muitas vezes transfere para o indivíduo o abandono que começou nas instituições.

O mesmo mecanismo atinge migrantes, povos racializados, comunidades periféricas, pessoas vivendo com HIV, pessoas com sofrimento mental e famílias submetidas à insegurança alimentar. A vulnerabilidade não mora no corpo como um defeito pessoal. Ela é produzida por políticas, fronteiras, mercados de trabalho, sistemas penais e redes de proteção insuficientes. Não existem grupos naturalmente vulneráveis; existem pessoas colocadas repetidamente em situações de vulnerabilização.

Brasil e Chile possuem sistemas, territórios e histórias diferentes, mas compartilham uma pergunta latino-americana: queremos eliminar a tuberculose ou apenas reduzir seus números até que ela desapareça do campo de visão dos mais protegidos? Eliminar exige diagnóstico rápido, medicamentos, vigilância e equipes qualificadas. Porém exige também moradia, renda, alimentação, ventilação, proteção social, redução da superlotação prisional e continuidade do cuidado após a liberdade. Sem enfrentar esses determinantes, celebramos pequenas quedas enquanto preservamos a máquina que produz novos casos.

Também precisamos rever a linguagem. Dizemos ‘faltoso’, ‘não aderente’, ‘população de risco’. Palavras técnicas podem esconder julgamentos. A pessoa que não voltou talvez não tenha dinheiro para o transporte. A que interrompeu o tratamento pode ter sido removida do território. A que chegou tarde pode ter passado meses ouvindo que sua tosse era apenas consequência do frio, do cigarro ou da vida na rua. Antes de perguntar por que ela não aderiu, deveríamos perguntar a que tipo de cuidado esperávamos que aderisse.

A resposta à tuberculose será incompleta enquanto for construída apenas para as pessoas que conseguem chegar ao serviço, compreender suas regras e permanecer nele. O cuidado precisa atravessar muros e percorrer territórios. Precisa integrar saúde, assistência social, justiça, habitação e trabalho. Precisa buscar ativamente, diagnosticar cedo, acolher sem humilhar e sustentar o vínculo depois da alta. Sobretudo, precisa reconhecer a pessoa antes do caso epidemiológico.

Há algo profundamente perturbador em morrer, no século XXI, de uma doença curável. Mais perturbador ainda é perceber que essas mortes não se distribuem ao acaso. Elas seguem o mapa da pobreza, do encarceramento, do racismo, da fome e do apagamento. A tuberculose funciona como uma radiografia moral: ilumina não apenas os pulmões comprometidos, mas também as fraturas de nossas democracias.

Por isso, combater a tuberculose é mais do que interromper uma cadeia de transmissão. É interromper uma cadeia de indiferença e de inequidades. Cada diagnóstico tardio em uma cela, cada tratamento perdido na rua e cada morte evitável fazem uma pergunta incômoda aos governos e à sociedade: quanto sofrimento ainda estamos dispostos a considerar normal desde que permaneça concentrado entre aqueles que quase nunca têm voz?

A bactéria é antiga. O abandono, porém, é uma escolha renovada todos os dias.

SOBRE O AUTOR

Carlos Eduardo Rodrigues Toledo — Farmacêutico sanitário, pesquisador em saúde pública e tuberculose, mestre e doutorando em Epidemiologia em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz, Brasil. carlostoledo.org

FONTES DE REFERÊNCIA

Organização Mundial da Saúde. Tuberculosis — dados globais de 2024.

Organização Pan-Americana da Saúde. Eliminação de doenças infecciosas nas prisões latino-americanas, 2025.

Ministério da Saúde do Chile. Estratégia Nacional de Saúde 2021–2030.