



A ocorrência da tuberculose e sua relação com as desigualdades sociais: Estudo de revisão Integrativa na Base PubMed

The incidence of tuberculosis and its relation to social inequalities: Integrative Review Study on PubMed Base
La incidencia de la tuberculosis y su relación con las desigualdades sociales: Estudio de revisión integradora en la Base PubMed

Maria Rita Bertolozzi¹

Renata Ferreira Takahashi¹

Francisco Oscar de Siqueira França²

Paula Hino³

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias. São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Saúde Coletiva. São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar como a literatura apresenta a relação entre a tuberculose e as desigualdades sociais. **Método:** Revisão integrativa em que a combinação dos descritores “tuberculosis” e “social inequity” orientaram a pesquisa de artigos disponíveis no PubMed. Foram identificados 274 artigos e, após a leitura do título e resumo, foram selecionados 13 estudos. O material empírico foi analisado segundo a hermenêutica, com destaque às variáveis relacionadas às desigualdades sociais, buscando-se apreender os principais temas que corporificam a associação entre a tuberculose e as desigualdades sociais. **Resultados:** De modo geral, a literatura apresenta as desigualdades sociais como fatores, que podem interferir na cura e/ou no controle da doença, com destaque para: idade, renda, desemprego, trabalho não qualificado, acesso aos serviços de saúde, entre outros. Não inclui, portanto, uma relação mais profunda entre a organização da sociedade e a produção da doença. **Conclusão e Implicações para a prática:** Requer-se compreensão totalizante do adoecimento por tuberculose, com a finalidade de ampliar intervenções que apoiem o controle e a eliminação da enfermidade e, sobretudo, a redução das desigualdades sociais. A compreensão da tuberculose como uma doença relacionada à determinação social possibilita ampliar as estratégias para o seu enfrentamento.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Comunitária; Tuberculose; Desigualdades em Saúde; Iniquidade Social; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to identify how the literature presents the relation between tuberculosis and social inequalities. **Method:** integrative review in which the combination of the descriptors “tuberculosis” and “social inequity” guided the search for articles available in PubMed. A total of 274 articles were identified, and after reading the title and abstract, 13 studies were selected. The empirical material was analyzed according to the hermeneutics, highlighting the variables related to social inequalities, seeking to understand the main themes that embody the association between tuberculosis and social inequalities. **Results:** In general, the literature presents the social inequalities as factors that can interfere in the cure and/or control of the disease, such as age, income, unemployment, unskilled labor, access to health services, among others. Therefore, it does not include a deeper relationship between the organization of society and the production of the disease. **Conclusion and implications for practice:** A comprehensive understanding of tuberculosis disease is required, in order to expand interventions to support the control and elimination of the disease and, above all, the reduction of social inequalities. The understanding of tuberculosis as a disease enables expanding strategies to face it.

Keywords: Community Health Nursing; Tuberculosis; Health Inequalities; Social Inequity; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: identificar cómo la literatura presenta la relación de la tuberculosis y desigualdades sociales. **Método:** revisión integrativa en que la combinación de los descriptores “tuberculosis” y “social inequity” orientaron la investigación de artículos disponibles en el PubMed. Se identificaron 274 artículos, y después de la lectura del título y resumen, se seleccionaron 13 estudios. El material empírico fue analizado según la hermenéutica, con destaque a las variables relacionadas a las desigualdades sociales, buscando aprehender los principales temas que corporifican la asociación entre tuberculosis y desigualdades sociales. **Resultados:** En general, la literatura presenta las desigualdades sociales como factores que pueden interferir en la cura y/o control de la enfermedad, especialmente: edad, ingresos, desempleo, trabajo no calificado, acceso a servicios de salud, entre otros. No incluye, por lo tanto, una relación más profunda entre la organización de la sociedad y la producción de la enfermedad. **Conclusión e implicación para la práctica:** Se requiere comprensión totalizante de la enfermedad por tuberculosis, con la finalidad de ampliar intervenciones para que apoyen el control y la eliminación de la enfermedad y, sobre todo, la reducción de las desigualdades sociales. La comprensión de la tuberculosis como una enfermedad relacionada con la determinación social posibilita ampliar las estrategias para su enfrentamiento.

Palabras clave: Enfermería en Salud Comunitaria; Tuberculosis; Desigualdades en la Salud; Inequidad Social; Salud Pública.

Autor correspondente:

Paula Hino

E-mail: paulahino@yahoo.com.br

Recebido em 17/12/2018.

Aprovado em 30/07/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0367

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), apesar de ser uma doença de fácil diagnóstico e passível de cura, mantém-se como um problema de saúde pública e representa a nona principal causa de morte no mundo e a principal causa por um único agente infeccioso. Em 2016, foram acometidos pela doença, aproximadamente, 10,4 milhões de pessoas, sendo 90% adultos, 65% do sexo masculino, e 10% eram pessoas que viviam com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). A resistência aos medicamentos representa um desafio no controle da TB, como revelam os dados: 600.000 novos casos apresentam resistência à rifampicina, medicamento considerado de primeira linha, dos quais 490.000 tinham TB multirresistente.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu metas, visando à eliminação da TB para o período de 2016 a 2035, por meio da Estratégia *End TB*, que incluem a redução de 95% dos óbitos e de 90% na incidência da doença, em comparação ao ano de 2015. Em consonância a essas metas, o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose estabeleceu metas específicas pautadas na redução do coeficiente de incidência para menos de dez casos por 100.000 habitantes e no coeficiente de mortalidade por TB para menos de um óbito por 100.000 habitantes até 2035. Para a consecução de tais metas, foram elencados três pilares, um voltado à prevenção e cuidado integrado do indivíduo doente, outro para o componente social, e o terceiro, que enfatiza a necessidade da intensificação da pesquisa e da inovação do conhecimento.²

Nos últimos 20 anos, a resposta global à doença tem apresentado momentos de vigor, conforme pode ser verificado por meio da melhora do acesso aos medicamentos, da inserção do tratamento da multirresistência às drogas nas políticas mundiais de controle e de inovações no diagnóstico. No entanto, a cada ano, dois milhões de pessoas morrem no mundo devido à doença, a maior parte em plena juventude e quase metade apresenta a coinfeção TB/HIV.³

Embora pareça paradoxal, sua incidência vem diminuindo em cerca de 2% ao ano. Entretanto, ainda que esse declínio satisfaça os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para a TB, há que se considerar o crescimento mundial da população. Oitenta por cento dos casos são encontrados em 20 dos 25 países com maior carga da doença, sendo que mais de um terço das ocorrências se encontram na China e na Índia, países com importantes desigualdades sociais. Além disso, aproximadamente um bilhão de pessoas vivem em moradias inadequadas em todo o mundo, condição esta que associada à continuidade das injustas condições de desenvolvimento das nações, aos distúrbios étnicos e às guerras, poderá resultar na duplicação desse número nas próximas décadas.¹

Múltiplos são os desafios para o cumprimento dos 17 ODS e, dentre os esforços para o controle da TB, este teve sua inclusão na meta 3.3, sendo que um dos desafios para atingir as metas pactuadas, dentro do prazo estabelecido, envolve o enfrentamento das desigualdades sociais que dificultam o controle da doença.⁴

A TB é sabidamente uma doença social e, por esse motivo, propôs-se a presente revisão integrativa, visto que a análise das evidências disponíveis na literatura sobre a relação entre as desigualdades sociais e a TB contribui para embasar a elaboração de políticas públicas mais direcionadas e consoantes à realidade e ao enfrentamento da doença.

OBJETIVO

Identificar evidências da relação entre a TB e as desigualdades sociais.

MÉTODO

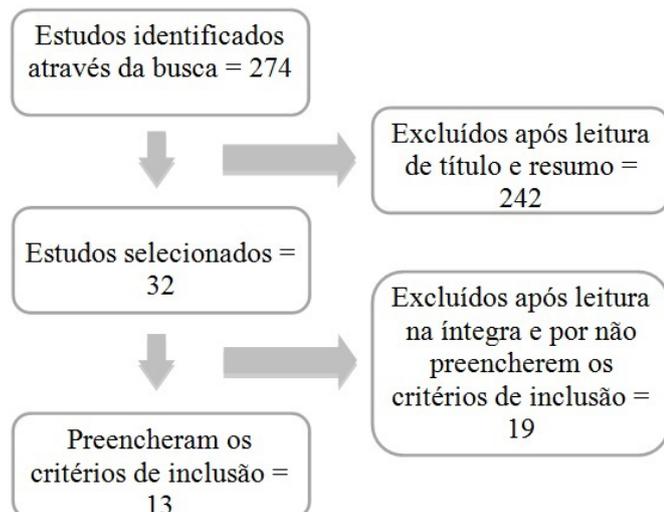
Trata-se de uma revisão integrativa sobre a ocorrência da TB e sua relação com as desigualdades sociais. A revisão integrativa possibilita reunir resultados de estudos desenvolvidos segundo metodologias distintas e permite realizar a síntese de tais resultados, sem ferir a filiação epistemológica dos estudos empíricos incluídos.⁵

O desenvolvimento do estudo cumpriu as seis etapas que integram a revisão integrativa: 1) Definição da questão de investigação; 2) Levantamento bibliográfico; 3) Definição das informações selecionadas e categorização dos estudos; 4) Avaliação do material selecionado; 5) Interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão e síntese do conhecimento.⁶

A questão de investigação que norteou a revisão integrativa foi: "Como a relação entre as desigualdades sociais e a ocorrência de TB tem sido abordada na literatura nacional e internacional?". Para responder esse questionamento, a combinação dos descritores "*tuberculosis*" e "*social inequity*" orientou a pesquisa bibliográfica de artigos científicos disponíveis na base de dados do PubMed. Justifica-se o uso de apenas uma base de dados, o PubMed, pois integra mais de 29 milhões de artigos da literatura biomédica, incluindo ciências comportamentais, o que responderia à finalidade do presente estudo.

Os critérios de elegibilidade que orientaram a busca foram: artigos disponíveis na íntegra, publicados no período de 2007 a 2017, nos idiomas português, inglês ou espanhol. A delimitação temporal foi definida a priori, para o período de 10 anos, no sentido de trabalhar com as produções da última década, pois foi a partir de finais dos anos 2000 que a Organização Mundial da Saúde passou a advogar com maior ênfase a relação entre os agravos de saúde e os determinantes sociais. Também, nesse momento, o Brasil passou a institucionalizar tal relação através da criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde.

Devido às particularidades, foram excluídos artigos que abordam a TB associada à comorbidades, que tratam da ocorrência da doença em crianças e da resistência aos fármacos utilizados no tratamento da TB. O levantamento bibliográfico foi realizado em outubro de 2017. Foram obtidos, inicialmente, 274 artigos e, após análise do título e resumo, e aplicados os critérios de elegibilidade, foram selecionados 13 estudos (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos

Os autores avaliaram, independentemente, os artigos elegíveis e, na ocorrência de desacordo, optou-se por consenso. Os artigos selecionados foram analisados na íntegra, seguindo a pergunta de investigação. A hermenêutica regeu a análise do material empírico, buscando-se apreender os principais temas que corporificam a associação entre a TB e as desigualdades sociais.

RESULTADOS

A análise do material empírico identificou 13 artigos científicos, cujos resultados do objeto de estudo são apresentados no Quadro 1, segundo referência, cenário, delineamento e principais resultados do estudo.

Dos artigos analisados, verificou-se, maior concentração de estudos publicados em 2014 (n=4). A maioria (n=10) dos artigos foi publicada em periódicos internacionais.

Quadro 1. Sumário das características dos estudos incluídos.

Referência	Cenário do estudo	Delineamento do estudo	Principais resultados
Boccia D, Hargreaves J, Stavola BL, Fielding K, Schaap A, Godfrey-Faussett P et al. The association between household socioeconomic position and prevalent tuberculosis in Zarabia: a case-control study. PLoS ONE 2011;6(6):e20824. ⁷	Zâmbia África	Caso-controle	Fone associação entre posição socioeconômica e TB. Intervenções como a oferta de alimentos podem fortalecer as ações de controle da doença.
Rocha C, Montoya R, Zevallos K, Cnratola A: Ynga W, Franco J: et al. The Innovative Socio-economic Interventions Against Tuberculosis (ISIAT) project: an operational assessment. Int J Tuberc Lung Dis 2011; 15(Suppl 2):S50-7. ⁸	Lima Peru	Intervenção	Intervenções como educação em saúde, apoio psicossocial, formação profissional, oferta de alimentos e transferência de dinheiro contribuíram para a cura da doença.
Roza DL, Caccia-Bava MCGG, Martinez EZ. Spatio-temporal patterns of tuberculosis incidence in Ribeirão Preto, State of São Paulo, southeast Brazil, and their relationship with social vulnerability: a Bayesian analysis. Rev Soc Bras Med Trop 2012; 45(5):607-15. ⁹	Ribeirão Preto Brasil	Ecológico	A distribuição da TB mostrou-se heterogênea, em áreas de maior risco e vulnerabilidade social.
Basta PC, Marques M, Oliveira RL, Cunha EAT, Resendes APC, Souza-Santos R. Social inequalities and tuberculosis: analysis by race/color in Mato Grosso do Sul, Brazil. Rev Saúde Pública 2013;47(5):S54-64. ¹⁰	Mato Grosso do Sul Brasil	Transversal	Observou-se incidência seis vezes maior em indígenas, devido à pobreza extrema. Também se verificou maior taxa de abandono entre pretos e pardos.
Yamamura M, Santos Neto M, Freitas IM, Rodrigues LBB: Popolin MP: Uchoa SAC, et al. Tuberculosis and social inequity in health: an ecological study using multivariate statistical techniques, São Paulo, Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(4):270-7. ¹¹	São Paulo Brasil	Ecológico	A posição social reflete na chance de adoecimento por TB e no acesso às tecnologias de saúde. A identificação de padrões da tuberculose e os indicadores de iniquidade social suscitou discussões sobre a gestão e organização de um sistema de saúde.

continua...

...continuação

Referência	Cenário do estudo	Delimitação do estudo	Principais resultados
Laokri S, DramaLx-Wilmet M: Kassa F, Anagonou S, Dujardin B. Assessing the economic burden of illness for tuberculosis patients in Benin: determinants and consequences of catastrophic health expenditures and inequities. <i>Trop Med Int Health</i> 2014; 19(10):1249-58. ¹²	Benim África	Transversal	O ônus do adoecimento pela TB reflete em custos diretos e indiretos, como dias perdidos de trabalho. Destacam-se, como estratégias para enfrentar o tratamento, a venda de bens materiais e cortes no orçamento doméstico.
Mondai MNI. Nazrul HM, Chowdhury MRK, Howard J. Socio-demographic factors affecting knowledge level of Tuberculosis patients in Rajshahi City, Bangladesh. <i>Afr Health Sei</i> 2014; 14(4): 855-65. ¹³	Rajshali Bangladesh	Transversal	O conhecimento sobre TB foi considerado insatisfatório, sendo mais elevado em pessoas com ensino superior e moradores da área urbana. Quanto maior o conhecimento, maior foi a adesão ao tratamento.
Przybylski G, Dabrowska A, Pilaczynska-Cemel M, Krawiecka D. Unemployment in TB patients-ten-year observation at regional center of pulmonology in Bydgoszcz, Poland. <i>Med Sei Monit</i> 2014; 20: 2125-31. ¹⁴	Bydgoszcz Polônia	Transversal	A pobreza é um fator de risco para a TB, sendo frequente o desemprego entre os pacientes acometidos. Portanto, a oportunidade de emprego contribuiria para reduzir a desigualdade e diminuir a ocorrência da doença.
Munayco CV, Mújica OJ, León FX, Granado M, Espinal MA. Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean. <i>Rev Panam Salud Pública</i> 2015; 38(3):177-85. ¹⁵	América Latina e Caribe	Ecológico	Países que apresentaram menos gastos em saúde, menor acesso às instalações de saneamento básico e menor expectativa de vida ao nascer tiveram maior incidência de TB. O controle da doença deve abordar os determinantes sociais, nos quais se encontram as causas da doença.
Zürcher K, Ballif M, Zwahlen M, Rieder HL, Egger M, Fenner L. Tuberculosis Mortality and Living Conditions in Bern, Switzerland, 1856-1950. <i>PLoS ONE</i> 2016;11(2): e0149195. ¹⁶	Berna Suíça	Série histórica	A mortalidade pela TB diminuiu a partir da melhoria das condições de vida e de medidas de saúde pública. Densidade populacional, dormitórios com deficiência de luz solar direta, número de janelas, exames radiológicos, investigação nas escolas, entre outros, devem ser considerados na análise das condições de saúde.
Gelaw SM. Socioeconomic Factors Associated with Knowledge on Tuberculosis among Adults in Ethiopia. <i>Tuberc R Treat</i> 2016: 2016: I-II. ¹⁷	Etiópia África	Transversal	O nível de conhecimento sobre a TB foi considerado baixo. É importante que as ações de controle da doença considerem estratégias de educação em saúde voltadas para os grupos socioeconômicos mais vulneráveis, como mulheres que residem na área rural, jovens, pessoas menos favorecidas socialmente, com baixa ou nenhuma escolaridade e trabalhadores não qualificados.

continua...

...continuação

Referência	Cenário do estudo	Delimitação do estudo	Principais resultados
Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter J. The social determinants of tuberculosis treatment adherence in a remote region of Papua New Guinea. <i>Ara J Public Health</i> 2011; 101(4):654-62. ¹⁸	Papua Nova Guiné	Exploratório	A baixa adesão ao tratamento da TB relacionou-se a barreiras como: dificuldade de deslocamento até o serviço de saúde e necessidade de trabalhar. Crença religiosa e confiança no potencial dos medicamentos foram consideradas como facilidades para a adesão.
San Predro A, Gibson G, Santos JPC, Toledo LM, Sabroza PC, Oliveira RM. Tuberculosis as a marker of inequities in the context of socio-spatial transformation. <i>Rev Saúde Pública</i> 2017;51:9. ¹⁹	Itaboraí Rio de Janeiro	Ecológico	A distribuição heterogênea da TB mostrou-se relacionada às variáveis que refletem diferentes dimensões de condições de vida, como bens de consumo, condições de moradia e de seu entorno, aglomeração populacional e distribuição de renda. Destaca-se a importância de articulação da rede de atenção à saúde para reduzir a carga da doença.

De modo geral, os artigos apresentam as desigualdades como fatores, que podem interferir na cura e/ou no controle da doença, com destaque para: idade, renda, transferência de renda, desemprego, trabalho não qualificado, acesso à alimentação, às tecnologias de saúde, exames, aos serviços de saúde (deslocamento), educação em saúde, escolaridade, apoio psicossocial, formação profissional, vulnerabilidade social/condições de vida (densidade populacional, condições da habitação), grupos vulneráveis (indígenas, pretos, pardos, mulheres), residir em área urbana/rural, acesso ao saneamento básico, pobreza, expectativa de vida, aporte de gastos em saúde pelo país, articulação da rede de serviços de saúde, crença religiosa, crença no potencial dos medicamentos.

DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados reforça os desafios para o enfrentamento da TB e corrobora a relação marcante entre a doença e as desigualdades em saúde. De fato, afirma-se a vinculação entre indicadores socioeconômicos e a ocorrência da doença tanto no âmbito individual quanto no coletivo, destacando-se sua íntima relação com as condições de vida.⁷⁻¹⁹

A maior incidência da TB em locais com maior desigualdade de distribuição de renda demonstra associação significativa entre a incidência da doença e as variáveis que refletem diferentes dimensões de condições de vida, como bens de consumo, condições de moradia e seu entorno, aglomeração populacional e distribuição de renda. Aponta-se a necessidade de diminuição das desigualdades socioeconômicas e o fortalecimento dos programas de controle segundo as realidades locais, com vistas à redução da carga social da TB.¹⁹

Os determinantes estruturais e as condições de vida decorrentes das distintas inserções dos grupos sociais na estrutura da sociedade são responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde com reflexos no aumento da TB. O conhecimento dos determinantes da TB é fundamental, principalmente em países de baixa e média renda, que apresentam uma fase de transição epidemiológica, em que doenças infecciosas representam as principais causas de mortes.²⁰

Em relação aos principais achados dos estudos que integraram a presente revisão, verificou-se que, na maior parte, a abordagem é multifatorial. Assim, sexo, idade e certas condições como ocupação, escolaridade, renda, entre outras, são variáveis utilizadas na interpretação da incidência elevada da TB nos grupos sociais menos favorecidos, e consideradas como atributos a eles inerentes, o que limita a compreensão da causalidade da enfermidade, gerando intervenções restritas e focalizadas, que reduzem as perspectivas para o seu controle.^{7,10-11,14,17}

Desde a introdução dos tuberculostáticos, na década de 1940, as abordagens para o controle da doença têm sido largamente apoiadas, predominantemente, na visão biomédica. O incremento do financiamento para o controle da TB, a partir da última década do século XX, atrelado aos ODS, causou impacto na diminuição da mortalidade pela enfermidade, embora a redução da incidência ainda represente um risco para o desenvolvimento sustentável, especialmente em populações pobres e vulneráveis.²¹

A Assembleia Mundial da Saúde de 2014 deliberou a necessidade de acelerar as ações para eliminar a TB para proteger as populações em situação de risco. Requer-se, portanto, o aprimoramento de ações inclusivas, como também a superação das abordagens exclusivamente biomédicas, buscando extrapolar para abordagens sustentadas por ações sociais, econômicas e ambientais, e que também incluam inovações nos testes para o diagnóstico e tratamento.

Aponta-se, ainda, a necessidade da coordenação multisetorial e de ações que envolvam outros setores governamentais além da saúde, com a participação da sociedade civil.²¹

O entendimento de que a TB é radicada na pobreza, em geral carrega uma visão parcial, com abordagem biossocial para controlá-la, com fragmentação de ações, focalizadas para o indivíduo doente ou quando muito, para o controle dos contatos que também se revelam como indivíduos e não como parte integrante de um contexto social mais amplo.

Não se desconsidera as importantes contribuições desses estudos para a contenção da TB, mas é fundamental ter cautela para não reiterar compreensões estereotipadas sobre o processo saúde doença e, o que é mais comprometedor, interpretar a sua ocorrência de forma limitada, considerando apenas a linearidade da causa e efeito. Faz-se necessário utilizar outros referenciais teórico-metodológicos para compreender a epidemiologia da TB, não só em termos quantitativos, mas também reconhecer as determinações mais profundas da enfermidade.

Veja-se que a relação entre a TB e a pobreza é indiscutível, quando esta é considerada um produto da organização da sociedade e está associada a condicionantes, como poluição ambiental, isolamento social, condições inadequadas de trabalho e o limitado acesso aos serviços de saúde. Mas, há que se compreender que a pobreza requer uma análise ampliada, conforme apontado acima, pois envolve privação material, social e emocional. A precariedade de acesso à educação e aos recursos básicos para a vida geram exclusão e discriminação, comprometendo o controle sobre a vida.

De fato, os motivos dos países em desenvolvimento manterem taxas elevadas de morbimortalidade em relação à TB e a crescente resistência aos fármacos estão postos mais na fragilidade da estrutura das sociedades e na organização dos processos de produção e de reprodução social, além da limitada eficácia das práticas de saúde do que nas particularidades dos indivíduos acometidos. Nestes países, o aumento da carga de sofrimento pela TB é esperado, pois as condições de vida de parte expressiva de sua população permanecem em nível similar ao da pré-revolução industrial da Europa, associado aos serviços de saúde pouco acessíveis e à prontidão reduzida na oferta de tratamento adequado, o qual, em geral, é restrito às necessidades biológicas.²²

É necessário destacar que as desigualdades sociais não constituem fato novo na evolução das sociedades. No século XIX, com o advento do capitalismo, as condições políticas e sociais contribuíram para a emergência do tema, devido às condições laborais e de vida da classe trabalhadora, e do ideário político que motivou as revoluções burguesas. As contradições entre os valores de igualdade, de fraternidade e de liberdade e a degradante realidade de vida de certos grupos constituíram argumento de reformadores sociais para denunciar as injustiças sociais em várias áreas, incluindo a saúde. As desigualdades em saúde não podem se restringir às dificuldades de acesso aos serviços de saúde (que, em geral, é imputada à incapacidade do indivíduo) e à utilização de recursos disponíveis (cuja abordagem geralmente, limita-se às características da organização dos serviços).²³

Veja-se que as desigualdades continuam a existir nos países em que os sistemas de saúde têm acesso universal para todos os grupos sociais, a exemplo de países da Europa, Canadá, Austrália, entre outros, o que indica que esse âmbito específico de análise deve ser extrapolado. Quando se comparam as desigualdades em saúde, entre diferentes países, também podem ser atribuídas aos diferentes graus de desenvolvimento da assistência médica, mas essa explicação não é capaz de justificar o aumento das desigualdades ao longo do tempo.²³

Isto porque a difusão de tecnologias médicas, mesmo nos países menos desenvolvidos, deveria resultar em redução das desigualdades. Para explicar as diferenças de grupos sociais entre países e em seu interior, especialistas defendem a teoria do ciclo vicioso, em que a doença é o principal determinante da posição social e isto ocorreria num efeito constante de retroalimentação.²³ Tal explicação, entretanto suprime o foco da geração da desigualdade.

Em outra vertente de interpretação, entre aqueles que advogam a influência do contexto social, o estilo de vida é considerado o principal responsável pelas desigualdades sociais. Trata-se de uma perspectiva liberal da compreensão do processo saúde-doença, em que o social é excluído desse processo. Nessa perspectiva, a causa das diferenças observadas é atribuída às escolhas individuais. A este respeito, é importante destacar que estudos epidemiológicos têm demonstrado que os fatores de risco não explicam mais do que 25% da ocorrência dos problemas crônicos de saúde, os quais, em geral, são atribuídos aos estilos de vida.²³

Mais do que repudiar as justificativas que têm sido amplamente apontadas nas publicações e no cotidiano dos serviços de saúde há que buscar interpretações que identifiquem e analisem onde estão radicadas, de fato, as desigualdades sociais. Assim, é importante prosseguir nessas reflexões, dedicando esforços para discutir com maior profundidade as raízes das desigualdades.

Nesse sentido, advoga-se que as desigualdades sociais podem ser compreendidas à luz da determinação social do processo saúde-doença.²⁴⁻²⁵ Essa teoria contempla os mecanismos de acumulação do capital e a distribuição de poder e de bens materiais e analisa suas formas particulares de expressão nas diferentes sociedades. Ainda, considera que a forma como as pessoas vivem tem como substrato a base material da existência, além da dimensão simbólica, que traduziria a forma como as pessoas entendem a saúde e a doença.

Portanto, o modo de vida e a significação da saúde-doença refletem as características sociais de produção, distribuição e de consumo. A teoria da determinação social da saúde-doença considera as condições coletivas dos grupos sociais e os comportamentos dos indivíduos que os compõem, que não se restringem à perspectiva da dimensão individual, mas refletem a singularidade em função da inserção particular na sociedade, ou seja, os comportamentos, os valores, as crenças, são produto das peculiaridades da inserção social de cada cidadão.

É importante destacar que essa teoria não separa o indivíduo da sociedade e, tampouco, da dimensão cultural, psíquica, biológica e social, mas vale-se da inter-relação entre tais dimensões e do entendimento da unidade dialética indivíduo-coletivo. Essa teoria representa um esforço de articulação para considerar os perfis de saúde-doença como produtos da vida em sociedade, a partir do pertencimento a grupos sociais que são particulares, segundo a especificidade da inserção na sociedade.

Isto significa que as consequências dos modos de vida e de trabalho, próprios de cada grupo social ao qual pertencem os indivíduos, também são determinadas pela organização econômica e pela forma como é sustentada juridicamente, política e ideologicamente, intermediada pelas relações que ocorrem no cotidiano do trabalho e na vida, no interior das famílias e dos grupos sociais. Assim, as relações econômicas, sociais, culturais e políticas afetam a forma como as pessoas vivem e os perfis de saúde-doença.

A compreensão das desigualdades sociais vai além da simplificação presente nas dicotomias: doenças de pobres e de ricos, ou doenças sociais e biológicas. Toda enfermidade e sua distribuição populacional são produtos da organização social e refletem as iniquidades existentes em cada sociedade.²³

Os processos de produção e de reprodução social determinam os perfis epidemiológicos dos grupos sociais, sendo que as desigualdades nas condições de vida e de trabalho, decorrentes das diferenças no processo de reprodução social, configuram as desigualdades em saúde. Nesse sentido, as interpretações que tomam a historicidade como um dos eixos analíticos, podem representar a ruptura com a teoria da multicausalidade e com o paradigma de risco e significam que os processos são dialéticos e determinados historicamente.

De fato, as desigualdades sociais não se restringem às diferenças injustas entre indivíduos ou entre grupos de indivíduos, mas tem um conteúdo político referente à injustiça social e ao desrespeito aos direitos humanos, associados aos processos sociais que, sistematicamente, colocam alguns grupos em desvantagem em relação ao exercício da vida com dignidade, e à manutenção da saúde.²³

Sendo assim, tanto a doença quanto a estrutura social não devem ser vistas como elementos ou fenômenos dissociados, mas como partes de uma totalidade histórica e socialmente construída. Portanto, a determinação social implica considerar as condições econômicas, políticas e sociais e a análise das práticas de intervenção e de controle que a sociedade adota frente à determinada situação.²⁶

A TB pode ser interpretada à luz dessa Teoria por ser uma doença negligenciada, socialmente determinada e de baixa visibilidade social. Sendo assim, o sucesso do tratamento envolve múltiplos condicionantes e somente o acesso às ações e serviços de saúde, não são suficientes para uma adesão efetiva.

Para que a vulnerabilidade ao adoecimento por TB seja modificada, é fundamental compreender o processo-saúde-doença como um fenômeno social e contemplar as necessidades de saúde para o seu enfrentamento, bem como a qualidade da assistência, e a responsabilidade das equipes em relação ao cuidado e a atenção aos doentes e famílias.

A distribuição da TB é heterogênea, portanto, para o seu controle, devem ser priorizados os grupos mais vulneráveis ao adoecimento por meio de políticas públicas e intervenções que consideram as particularidades de cada grupo, ao incorporar ações de proteção e diminuição da pobreza.²⁷ Sendo, assim, requer-se compreensão global sobre o processo que envolve a TB, sob pena de que as intervenções em curso retardem as possibilidades de controle e de eliminação da enfermidade.

Como limitação do estudo aponta-se que, para esta revisão, foram selecionados apenas artigos científicos disponíveis no PubMed. Mesmo assim, a utilização de uma base de dados possibilitou o alcance de um número substantivo de artigos que permitiram a análise na perspectiva do referencial teórico adotado.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E SAÚDE PÚBLICA

Diante da importância da TB no cenário nacional e internacional e das metas dos ODS, estabelecidas para 2035, destaca-se a necessidade de ampliar a compreensão da TB, para além dos achados da maior parte dos artigos analisados que, em geral, apresentam múltiplos fatores que se associam à trama da causalidade da TB. Isto implica enfrentar e ser intransigente com as tentativas de mascaramento da realidade, e não se conformar com as interpretações e com as práticas que evidenciam o conservadorismo, o preconceito, e que imputam aos sujeitos a responsabilidade pelas desigualdades, dado que interpretadas na perspectiva de seus “atributos” e de seus comportamentos. Este deve ser o verdadeiro compromisso para o enfrentamento tanto das desigualdades sociais quanto das desigualdades em saúde.

Para tanto, há que valer-se de saberes interdisciplinares que, conjugados, possibilitarão o imperativo ético de buscar construir uma sociedade justa, na qual as diferenças que, historicamente, foram excluindo as pessoas da participação na sociedade e do usufruto à vida com dignidade, sejam ultrapassadas. A saúde deve estar integrada às demais políticas de inclusão. A abordagem da TB requer o desafio de buscar e operacionalizar formas de superação dessa realidade injusta e carente de condições que permitam a universalização da cidadania e da dignidade.

A TB indiscutivelmente está associada às precárias condições de vida e de trabalho. Destaca-se a importância do profissional enfermeiro no desenvolvimento de ações de controle da doença, relacionadas ao melhor cuidado ofertado, ao planejamento assistencial e às atividades de gestão.

Portanto, os resultados desta revisão integrativa reforçam a necessidade de que o reconhecimento das desigualdades sociais implica na compreensão dos processos que as produzem e na identificação de elementos e aspectos que atuam como mediadores entre os processos macrosociais e os perfis epidemiológicos dos diferentes grupos sociais. Esse reconhecimento é indispensável para enfrentar as desigualdades sociais, no âmbito das políticas públicas e do cotidiano.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report: WHO Report. 2017. [cited 2018 Aug 10]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-eng.pdf;jsessionid=77AA39E31D2ED8DE195C256F79BC804D?sequence=1>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Mar 10]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf
- Keshavjee S, Girard F, Harrington M, Farmer PE. Time for a bold new vision at the Stop TB Partnership. *Lancet* [Internet]. 2010 Oct; [cited 2018 Aug 13]; 376(9749):1283-4. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)61887-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)61887-9.pdf). DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61887-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61887-9)
- Trajman A, Saraceni V, Durovni B. Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a tuberculose no Brasil: desafios e potencialidades. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018; [cited 2019 Mar 8]; 34(6):e00030318. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00030318.pdf>
- Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014; [cited 2019 Mar 8]; 48(2):335-45. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm (Florianópolis)* [Internet]. 2008 Oct/Dec; [cited 2018 Aug 13]; 17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- Boccia D, Hargreaves J, Stavola BL, Fielding K, Schaap A, Godfrey-Faussett P, et al. The association between household socioeconomic position and prevalent tuberculosis in Zambia: a case-control study. *PLoS One* [Internet]. 2011; [cited 2017 Jun 13]; 6(6):e20824. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3117783/pdf/pone.0020824.pdf>. DOI: 10.1371/journal.pone.0020824
- Rocha C, Montoya R, Zevallos K, Curatola A, Ynga W, Franco J, et al. The Innovative Socio-economic Interventions Against Tuberculosis (ISIAT) project: an operational assessment. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2011 Jun; [cited 2017 Jun 13]; 15(Suppl 2):S50-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160483/pdf/ukmss-35471.pdf>. DOI:10.5588/ijtld.10.0447
- Roza DL, Caccia-Bava MCGG, Martinez EZ. Spatio-temporal patterns of tuberculosis incidence in Ribeirão Preto, State of São Paulo, southeast Brazil, and their relationship with social vulnerability: a Bayesian analysis. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2012 Sep/Oct; [cited 2017 Jun 13]; 45(5):607-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v45n5/v45n5a13.pdf>
- Basta PC, Marques M, Oliveira RL, Cunha EAT, Resendes APC, Souza-Santos R. Social inequalities and tuberculosis: analysis by race/color in Mato Grosso do Sul, Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013; [cited 2017 Oct 22]; 47(5):1-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/en_0034-8910-rsp-47-05-0854.pdf. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004628
- Yamamura M, Santos Neto M, Freitas IM, Rodrigues LBB, Popolin MP, Uchoa SAC, et al. Tuberculosis and social inequity in health: an ecological study using multivariate statistical techniques, São Paulo, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2014 Apr; [cited 2017 Jun 25]; 35(4):270-7. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n4/270-277>
- Laokri S, Dramaix-Wilmet M, Kassa F, Anagonou S, Dujardin B. Assessing the economic burden of illness for tuberculosis patients in Benin: determinants and consequences of catastrophic health expenditures and inequities. *Trop Med Int Health* [Internet]. 2014 Oct; [cited 2017 Jun 13]; 19(10):1249-58. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/tmi.12365>. DOI:10.1111/tmi.12365
- Mondal MNI, Nazrul HM, Chowdhury MRK, Howard J. Socio-demographic factors affecting knowledge level of Tuberculosis patients in Rajshahi City, Bangladesh. *Afr Health Sci* [Internet]. 2014 Dec; [cited 2017 Jun 13]; 14(4):855-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4379806/pdf/AFHS1404-0855.pdf>
- Przybylski G, Dabrowska A, Pilaczyńska-Cemel M, Krawiecka D. Unemployment in TB patients-ten-year observation at regional center of pulmonology in Bydgoszcz, Poland. *Med Sci Monit* [Internet]. 2014 Nov; [cited 2017 Jun 13]; 20:2125-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25362504>. DOI: 10.12659/MSM.890709
- Munayco CV, Mújica OJ, León FX, Granado M, Espinal MA. Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2015 Sep; [cited 2017 Nov 10]; 38(3):177-85. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n3/v38n3a01.pdf>
- Zürcher K, Ballif M, Zwahlen M, Rieder HL, Egger M, Fenner L. Tuberculosis Mortality and Living Conditions in Bern, Switzerland, 1856-1950. *PLoS One* [Internet]. 2016 Feb; [cited 2017 Jun 13]; 11(2):e0149195. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755532/>. DOI: 10.1371/journal.pone.0149195
- Gelaw SM. Socioeconomic Factors Associated with Knowledge on Tuberculosis among Adults in Ethiopia. *Tuberc Res Treat* [Internet]. 2016; [cited 2017 Jun 13]; 2016:1-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753341/pdf/TRT2016-6207457.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6207457>
- Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter J. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health* [Internet]. 2011 Apr; [cited 2018 Jan 19]; 101(4):654-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052350/pdf/654.pdf>
- San Pedro A, Gibson G, Santos JPC, Toledo LM, Sabroza PC, Oliveira RM. Tuberculosis as a marker of inequities in the context of socio-spatial transformation. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 Feb; [cited 2018 Jun 21]; 51:9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-87872017051006533.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006533>
- Duarte R, Lönnroth K, Carvalho C, Lima F, Carvalho ACC, Muñoz-Torrico M, et al. Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonol* [Internet]. 2018 Mar/Apr; [cited 2019 Marc 8]; 24(2):115-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29275968>
- Ortblad KF, Salomon JA, Barnighausen T, Atun R. Stopping tuberculosis: a biosocial model for sustainable development. *Lancet* [Internet]. 2015 Dec; [cited 2016 Apr 27]; 386(10010):2354-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26515678>. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00324-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00324-4)
- Benatar SR, Upshur R. Tuberculosis and poverty: what could (and should) be done? *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2010 Oct; [cited 2017 Nov 10]; 14(10):1215-21. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/ingenta/ijtld/2010/00000014/00000010/art00001?crawler=true>
- Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- Breilh J. The social health determination as a tool of transformation towards a new public health (community health). *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2013 Sep/Dec; [cited 2018 May 2]; 31(Supl 1):S13-27. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- Spiegel JM, Breilh J, Yassi A. Why language matters: insights and challenges in applying a social determination of health approach in a North-South collaborative research program. *Globalization Health* [Internet]. 2015 Feb; [cited 2018 May 2]; 11(9):1-17. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4353467/pdf/12992_2015_Article_91.pdf. DOI: 10.1186/s12992-015-0091-2
- Marsiglia RG, Barata RB, Spinelli SP. Determinação social do processo epidêmico. *Saúde Soc* [Internet]. 2018; [cited 2019 Mar 7]; 27(4):1004-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n4/1984-0470-sausoc-27-04-1004.pdf>
- Gomes MGM, Barreto ML, Glaziou P, Medley GF, Rodrigues LC, Wallinga J, et al. End TB strategy: the need to reduce risk inequalities. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2016 Mar; [cited 2017 Jun 13]; 16:132. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4802713/pdf/12879_2016_Article_1464.pdf. DOI: 10.1186/s12879-016-1464-8