II – Tuberculose: um problema de todos

4. Determinantes sociais, econômicos e culturais das doenças

Ana Lourdes da Costa Rocha
Cristina Alvim Castello Branco
Maria José Procópio
Miguel Aiub Hijjar
Otávio Maia Porto

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ROCHA, C.A.C., *et al.* Determinantes sociais, econômicos e culturais das doenças. In: PROCÓPIO, M.J., org. *Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço* [online]. 7th ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 72-85. ISBN: 978-85-7541-565-8. Available from: doi: [10.7476/9788575415658.0006](https://doi.org/10.7476/9788575415658.0006). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/zyx3r/epub/procopio-9788575415658.epub>

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

II Tuberculose: um problema de todos

4. Determinantes sociais, econômicos e culturais das doenças

Ana Lourdes da Costa Rocha, Cristina Alvim Castello Branco, Maria José Procópio, Miguel Aiub Hijjar e Otávio Maia Porto

Os profissionais da saúde, mais do que responsáveis pelo domínio de técnicas propedêuticas de naturezas clinicocirúrgicas, diagnósticas e terapêuticas, são parte essencial do processo civilizatório e institucional de promoção da saúde. Isso significa que precisam ter domínio do conhecimento do processo saúde e doença e colocar em suas práticas as considerações que envolvem os determinantes da saúde dos pontos de vista social, cultural, econômico e político. Nesse sentido, iremos aprofundar mais a compreensão da dinâmica do chamado processo saúde e doença, uma vez que é nesse processo que o profissional da saúde irá desenvolver suas habilidades em suas práticas profissionais.

Conceito de saúde e doença e o papel do profissional da saúde

Começamos pelos conceitos de saúde e doença, avançando sobre as bases etimológicas das duas palavras. O vocábulo saúde tem, em suas acepções, a noção de uma série de circunstâncias que se compreende como um conjunto de qualidades e características com as quais se apresenta ou um conjunto de condições em que se encontra em determinados momentos. De modo geral, a doença seria o conjunto de alterações em relação ao estado de saúde. Sendo assim, a saúde e suas alterações são compreendidas como um conjunto de valores que resultam da dinâmica econômica, base que constrói desde o lugar socioeconômico das pessoas em relação a esses valores até os símbolos, mitos e desejos em busca deles.

A dinâmica socioeconômica e cultural que coloca as pessoas em um lugar em relação ao processo saúde e doença e transforma a saúde em

valor simbólico, e até como fetiche de mercadoria, como já vimos anteriormente, é o chamado processo saúde e doença. Este vai além da simples produção de algo (mesmo que saúde), uma vez que, sendo um processo socioeconômico, ele não se reduz a meramente uma linha de produção, como numa empresa. Na verdade, o processo saúde e doença envolve o fruto de sistemas econômicos que concentram resultados entre poucos e distribuem lugares na sociedade que geram fragilidades, discriminações, estilos críticos de viver e estar no mundo.

Importa que se tenha a compreensão que tal processo também não é uma mera ferramenta técnica que pode ser ajustada, como se faz em um processo produtivo qualquer. Como vimos anteriormente, ao lermos o resumo do relatório sobre a Conferência dos Determinantes Sociais da Saúde, a consciência intelectual do processo resulta em uma atitude política, que se coloca no campo das políticas públicas e na esfera das disputas políticas. Como tal, o profissional da saúde, que é parte dessas atitudes e disputas, precisa compreender duas coisas essenciais: independente de se imaginar apolítico ou antipolítico, a sua função inerentemente é política, como sujeito de contínuas relações humanas, que fazem parte da dinâmica que determina os lugares das pessoas no processo saúde e doença, determinados por componentes sociais, econômicos e sociais.

Mesmo que haja muitas críticas de natureza filosófica sobre a realidade do sujeito da história, não se perdeu a dinâmica dos indivíduos no processo social baseado em classes e na distribuição e no consumo da produção. Os profissionais da saúde não podem perder de vista que os conceitos aqui expostos fazem severas críticas ao seu papel de meros agentes da saúde como um bem de serviço, e não como agentes da ação que gera direitos, é universal e equânime.

Se compreendermos que há um processo que envolve conflitos de classes, dinâmicas econômicas discriminatórias e que esse processo coloca as pessoas num determinado lugar em relação à saúde, imediatamente se entende o papel de cada profissional, mesmo quando este se encontra numa sala de consulta, na relação entre ele e uma pessoa com problemas de saúde. A atitude do profissional da saúde nesse momento não se esgota ao final da consulta com os pedidos e receituários. Na verdade, essa relação tem um prolongamento, que se estende em sentido prévio e posterior à consulta como determinantes sociais do processo saúde e doença.

Falar em atitudes não significa desdobrá-las em milhões de possibilidades. Pelo contrário, são poucas as atitudes que passam necessariamente pela compreensão de que as estruturas de saúde com seus profissionais

são parte da distribuição de direitos e da sustentação da universalidade. No ano de 2013, corporações dos profissionais médicos da saúde fizeram severas críticas à importação de médicos estrangeiros para operarem nos serviços públicos do Brasil. À primeira vista, tratava-se de uma mera reação dos médicos brasileiros em defesa de seu trabalho e da qualidade profissional desse trabalho. Mas a evolução do debate veio expor a verdadeira disputa. Houve naquele momento uma disputa do lugar profissional dos médicos em relação ao processo saúde e doença, quando se destacou o discurso daqueles que negam esse processo e resumem tudo a mercadoria e ao mérito econômico das pessoas ao ter dinheiro para comprá-la.

Ainda resta a questão da individualidade a ser abordada. E aqui tratamos igualmente tanto do profissional da saúde como do doente que ele assiste. Nem o profissional de saúde é o “salvador da pátria” e nem a pessoa doente resulta de um processo que produz as mesmas e padronizadas situações. Em relação ao profissional, embora este não seja o herói da causa da saúde, ele é parte privilegiada no processo de educação para a saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde. Isso significa que é essencial ao seu currículo de aprendizado o conhecimento das três práticas descritas em relação à saúde e à doença. E, mais ainda, é necessário que ele tenha um largo domínio sobre os **modelos** aplicados ao desenvolvimento de novos conhecimentos científicos e tecnologias daí decorrentes. Esse domínio é essencial para que haja crítica quanto às inovações tecnológicas e ao uso e à aplicação das tecnologias.

Os profissionais da saúde não são sacerdotes do credo do consumo conspícuo da tecnologia. Hoje se tem conhecimento das “manipulações” feitas em congressos financiados por empresas produtoras de tecnologia, e burlas são encontradas até em revistas científicas. Por isso, se desenvolveram várias **instituições** governamentais e independentes com o intuito de **avaliar tecnologias** e suas aplicações. Revistas dessas instituições estão sistematicamente produzindo revisões de trabalhos científicos em todo o mundo.

Mesmo que a credibilidade das empresas seja essencial para seu sucesso econômico, e, portanto, não lhes interessaria a mentira científica, a verdade é que as técnicas de marketing, as divulgações nos meios de comunicação e as manipulações de psicologia social são práticas amplas no mercado privado. O profissional da saúde deve avançar no conhecimento do método científico em desenvolvimento de tecnologias e ter acesso aos efeitos da propaganda e marketing. Com frequência, esse profissional se depara com pacientes em busca de produtos que conheceram através da mídia, de seus contatos pessoais e até da internet.

Modelo científico compreende um conjunto de regras para desenvolver experiências e observar realidades a fim de produzir novos conhecimentos, corrigir e integrar conhecimentos que já existem. No desenvolvimento de novas tecnologias em saúde e no uso das existentes, usam-se observações em populações, daí se extraindo conclusões através de cálculos bioestatísticos.

Avaliação de tecnologia é feita durante o processo de desenvolvimento de uma nova tecnologia, usando-se métodos bioestatísticos dos dados obtidos em observações de uso da tecnologia em populações. A avaliação é usada para se observar como a tecnologia está sendo utilizada e quais os resultados obtidos. Com isso podem ser realizadas comparações entre tecnologias diferentes e avaliações das vantagens obtidas em relação ao custo e benefício das mesmas. Ademais, pode-se medir o impacto econômico e social do uso de determinadas tecnologias. Existem várias instituições em diversos países dedicadas à avaliação de tecnologia; no Brasil, além do trabalho de várias universidades e da Fiocruz, ainda se conta com a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats).

Não sendo o número par dos “salvadores da pátria”, o profissional da saúde também não é o número ímpar do consumo em saúde. Nesse caso, ele é o duplo ou, como se usa na linguagem policial, pode ser a “mula” dos produtos da indústria de biotecnologia. Mesmo excluindo esse papel, ainda lhe resta, como indivíduo, ser parte de políticas públicas (todas sujeitas a críticas), mesmo que opere no setor privado, e se colocar no mundo carregando a consciência socioeconômica, cultural e política que determina o lugar das pessoas em relação à saúde e à doença.

Os indivíduos carregam seu próprio patrimônio genético, sua história de vida, seu lugar na sociedade e seus valores e crenças culturais. Todo esse conjunto faz parte essencial do processo saúde e doença e, por isso, não é um mero produto padronizado e acabado. As diferenças individuais estão presentes, mesmo que se encontrem valores estatísticos que apontem para medidas centrais, como é o caso da média e das medianas. A individualidade, na prática de saúde pública, é tão importante quanto compreender o papel redistributivo que existem nas políticas públicas e na distribuição da dinâmica da economia capitalista. Parece algo de uma difícil prática, mas é aí que reside o momento histórico do profissional da saúde.

Em síntese, o profissional da saúde não apenas precisa ter uma visão em 360° como deve transformar, numa imagem lógica e científica, o território onde se encontra no seu lugar prático. Para sintetizar esse lugar prático, repetimos o que foi mencionado sobre o momento da história: agir simultaneamente no local e no universal.

Empírico significa com base na experiência ou na observação, metódica ou não. Na Antiguidade, os médicos e físicos eram chamados *empirici* porque, em oposição aos *dogmáti* e aos *metódici*, baseavam seus conhecimentos na experiência prática, deixando em segundo plano a teoria.

O caráter técnico e científico implica que as práticas para intervenção no processo saúde e doença não devem ter um caráter **empírico**, mas, sim, devem ser guiadas pelo conhecimento científico e pelo desenvolvimento tecnológico. Para buscar a melhoria das condições de saúde do povo, as políticas públicas devem atuar também sobre seus determinantes, ou seja, intervir no processo de saúde e doença para produzir melhores níveis de saúde nos indivíduos e nas coletividades. O sistema de saúde deve atuar articulada e integralmente nas prevenções primária, secundária e terciária, com redução dos riscos de doença, sequelas e óbito.

Determinantes sociais, econômicos e culturais ligados ao risco de adoecimento por TB – fatores relacionados à infecção e ao adoecimento e indicadores sociais

Foto 1 – Visitadora em ação, no início dos trabalhos da Inspetoria de Profilaxia da TB

Fonte: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz.

Foto 2 – Cadastro torácico dos índios do Xingu pelo Serviço de Unidades Aéreas de Saúde (SUSA-SNT), em 1950

Fonte: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz.

A tuberculose (TB) é um grave problema de saúde pública por sua contínua disseminação, agressiva evolução e pela possibilidade de recidiva e reinfeção endógena. Essa doença acompanha a humanidade há milênios e se disseminou em todos os continentes com a rota da colonização. Mesmo considerando a antiguidade e a complexidade de sua reprodução entre os povos, existem alguns fatores que facilitam o controle da tuberculose. Por essa razão, os profissionais da saúde, particularmente os que atuam nos grandes centros urbanos, convivem com essa realidade desde sua formação e devem estar preparados para lidar com ela.

Antes do advento da quimioterapia, 50% dos doentes não tratados morriam, 25% tornavam-se crônicos e 25% curavam-se espontaneamente. Hoje, o método de redução da TB mais efetivo é a busca de casos e seu tratamento adequado.

Os atuais esquemas quimioterápicos têm eficácia alta, atingindo patamares de cura acima de 90%. Um tratamento completo dura seis

Diagnosticar e iniciar o tratamento o mais rápido possível é uma efetiva medida prática para salvar vidas e recuperar a saúde dos enfermos.

meses, no mínimo. Para o sucesso do tratamento, é fundamental que o médico e a equipe de saúde trabalhem para o doente aderir ao tempo e à prescrição de medicamentos e exames, evitando o uso irregular dos remédios e o **abandono do tratamento** antes do seu término.

Entre outros fatores, para a suspeição de um caso de TB, o profissional da saúde deve considerar a história socioeconômica, a idade, o estado imunológico e nutricional, o abuso no consumo de álcool, além da existência de comorbidades, em particular a Aids.

Atingindo principalmente as pessoas na fase adulta – 70% dos doentes têm entre 15 e 59 anos –, a TB tem significados epidemiológicos distintos segundo as faixas de idade. Entre 15 e 29 anos, na maior parte das vezes, ela reflete a tuberculose primária de pessoas recém-infectadas. Portanto, quando os índices de formas primárias são elevados, há grande possibilidade de haver muitas fontes de infecção na região.

Os estados imunológico e nutricional guardam íntima relação com o risco de adoecimento; a avaliação nutricional e imune, mesmo que não aprofundada do ponto de vista laboratorial, deve ser feita. Várias doenças, como diabetes, neoplasias e Aids, principalmente por interferirem nas defesas imunes, podem afetar a história natural da tuberculose. O alcoolismo crônico – que envolve queda da imunidade, desnutrição, fragilidade social e exposições a situações de risco – é um importante problema associado. A TB não apenas é mais frequente entre os alcoólatras crônicos, como os fatores comportamentais associados ao alcoolismo interferem na adesão ao tratamento, assim como o maior risco de hepatopatia traz entraves para a recuperação do doente. O uso de drogas imunossupressoras constitui elevado risco em pessoas já infectadas, que passam a estar mais sujeitas ao adoecimento.

Pode-se inferir que, no espaço urbano (favelas, mocambos, alagados, invasões), populações agrupadas em calamidades públicas, populações que vivem em ambientes socialmente fechados (escolas, creches, presídios, casas correccionais, abrigos sociais ou idosos etc.) e pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) teriam alto potencial de manutenção da endemia de tuberculose. Nos espaços periurbano e rural, as populações indígenas possuem elevado risco de evolução da endemia.

Fatores preditivos para suspeição de tuberculose

Diante de um indivíduo com possibilidade de ser portador de tuberculose, o profissional da saúde deve considerar abrir investigação diagnóstica diante dos seguintes fatores: idade, estado imunológico e nutricional e comorbidade.

Na lista a seguir indicamos algumas circunstâncias:

- Renda familiar baixa
- Educação precária
- Habitação ruim/inexistente
- Famílias numerosas
- Adensamentos comunitários
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde
- Alcoolismo, tabagismo e drogas
- Doenças infecciosas associadas
- Desnutrição alimentar
- Fragilidade da assistência social

A comparação entre os indicadores da situação da TB e os indicadores sociais apresenta, de forma nítida, uma associação dos piores quadros de TB, com indicadores sociais de baixo desenvolvimento humano.

Nas Américas, as taxas de incidência têm variado historicamente, quando se comparam os dados referentes à ocorrência da doença nos países desenvolvidos com os dados dos países ditos em desenvolvimento. As diferenças das incidências da TB entre os países são enormes, observando-se grupos de países com taxas elevadas até aquelas em que a incidência é quase residual, havendo um grupo maior com incidências intermediárias.

Quadro 1 – Estimativa de incidência da TB nos países das Américas, com vinte anos de diferença (1991 a 2011) e apresentação do Índice de Desenvolvimento Humano (1990 e 2012)

Faixa de Incidência da Tuberculose 1991			Faixa de Incidência da Tuberculose 2011		
>85/100.000	>25 a 85/100.000	<25/100.000	>85/100.000	>25 a 85/100.000	<25/100.000
Peru - 303 IDH: 0,619	Brasil - 81 IDH: 0,590	Cuba - 23 IDH: 0,681	Haiti - 222 IDH: 0,456	[R.] Dominicana - 65 IDH: 0,702	México - 23 IDH: 0,775
Haiti - 247 IDH: 0,399	Suriname - 71 IDH*	Bahamas - 23 IDH*	Bolívia - 131 IDH: 0,675	Equador - 62 IDH: 0,724	T. Tobago - 21 IDH: 0,760
Bolívia - 244 IDH: 0,557	Guatemala - 64 IDH: 0,464	[R.] Dominicana - 15 IDH*	Guiana - 110 IDH: 0,636	Guatemala - 61 IDH: 0,581	Uruguai - 21 IDH: 0,792
Equador - 166 IDH: 0,635	Paraguai - 63 IDH: 0,578	T. Tobago - 12 IDH: 0,685	Peru - 101 IDH: 0,741	Panamá - 48 IDH: 0,780	Chile - 18 IDH: 0,819
[R.] Dominicana - 142 IDH: 0,584	México - 62 IDH: 0,654	EUA - 12 IDH: 0,878		Paraguai - 45 IDH: 0,669	Bahamas - 13 IDH: 0,794
Honduras - 127 IDH: 0,456	El Salvador - 61 IDH: 0,528	Canadá - 8,3 IDH: 0,865		Suriname - 44 IDH: 0,684	[R.] Dominicana - 13 IDH: 0,745
Nicarágua - 103 IDH: 0,479	Argentina - 57 IDH: 0,701	Jamaica - 6,6 IDH: 0,642		Honduras - 43 IDH: 0,632	Costa Rica - 12 IDH: 0,773
Guaiana - 89 IDH: 0,502	Chile - 55 IDH: 0,702	Granada - 4,6 IDH*		Brasil - 42 IDH: 0,730	Cuba - 9,3 IDH: 0,780
	Colômbia - 52 IDH: 0,600	Antigua - 3,6 IDH*		Belize - 40 IDH: 0,702	Antigua - 6,9 IDH: 0,760
	Panamá - 47 IDH: 0,666	Barbados - 2,3 IDH: 0,760		Nicarágua - 40 IDH: 0,599	Jamaica - 6,6 IDH: 0,730
	Costa Rica - 47 IDH: 0,663			Colômbia - 34 IDH: 0,719	Canadá - 4,5 IDH: 0,911
	Belize - 40 IDH: 0,653			Venezuela - 33 IDH: 0,748	Granada - 4,1 IDH: 0,770
	Venezuela - 35 IDH: 0,635			El Salvador - 27 IDH: 0,680	EUA - 3,9 IDH: 0,936
	Uruguai - 27 IDH: 0,693			Argentina - 26 IDH: 0,811	

Fonte: World Health Organization (2011).
IDH: *Ausência de informação

Por outro lado, a observação atenciosa do Quadro 1 identifica que, em 20 anos, houve uma queda na incidência da tuberculose, que variou da metade a dois terços, entre 1991 e 2011, nos países das Américas. Essa redução é percebida com uma simples panorâmica do quadro, quando os países mudam de posição relativa aos outros, reduz o número de países localizados na faixa de maior incidência, e há um deslocamento geral para as colunas à direita do quadro, que representam incidências mais baixas em comparação com 1991 e 2011.

Tomando por base as metas da OMS de reduzir a prevalência e as mortes por tuberculose em 50% até 2015, em comparação com o ano de 1990, vemos que essa situação é muito favorável nas Américas. Entre os países de alta prevalência, ocorreram reduções na incidência da doença que até ultrapassam a meta, assim como também ocorreu entre os países de média prevalência. Encontramos algumas exceções em que não houve essa redução, como Guatemala, Paraguai, Panamá, Belize, Venezuela e Uruguai.

Quando observamos o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desses países, aprendemos algo sobre a íntima relação entre viver em condições de pobreza mais ou menos acentuada e adoecer por tuberculose. O IDH é uma medida comparativa de “riqueza”, “alfabetização”, “educação”, “esperança de vida”, “natalidade” e outros fatores para os diversos países do mundo. É uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população, especialmente do bem-estar infantil. É usado para distinguir se o país é “desenvolvido”, “em desenvolvimento” ou “sudesenvolvido” e para medir igualmente o impacto de políticas econômicas na “qualidade de vida”.

Os países são classificados segundo quatro grandes categorias com base em seu IDH e na comparação entre si de acordo com cada observação do índice. Portanto, a classificação do índice em **muito alto, alto, médio e baixo desenvolvimento humano é relativo aos valores obtidos do conjunto de países**. Desse modo, os limites do ano de 1990 são distintos dos de 2012 segundo as seguintes variações: Baixo – era 0,315 em 1990 e 0,466 em 2012, e assim por diante: Médio 419 e 640/ Alto 605 e 758 / Muito Alto 773 e 905.

O índice foi desenvolvido em 1990 pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq e pelo economista indiano Amartya Sen.

A tuberculose, embora sensível ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das populações, não irá se modificar na mesma velocidade com que tais índices podem ser modificados. Ela sempre se modificará, mas sua velocidade numérica de mudança pode ser inferior, dependendo da natureza dessa mudança. As estimativas de incidência da TB nas Américas demonstram sua relação com o IDH, mas existem outras modi-

ficações que podem ser mais explosivas, como o caso da grave crise no Haiti, com um terremoto devastador sobre seu território, ou, ao contrário, os casos do Peru e Equador, que têm IDH alto e, no entanto, ainda possuem alta incidência de tuberculose.

É muito provável que parte das diferenças existentes represente ações específicas de natureza política em torno do controle da TB, havendo maior ou menor intensidade em torno das ações de controle. Cuba, por exemplo, que teve uma variação de 14% no valor do seu IDH (até porque, em 1990, o IDH já era alto), obteve, no entanto, uma redução de 250% na incidência de TB.

Mesmo sendo a TB uma doença curável, nos deparamos com várias dificuldades para seu controle, o que leva à necessidade de uma reflexão sobre os fatores que não são exclusivamente da área da saúde, mas que interferem nos esforços preventivos e terapêuticos.

Vulnerabilidade é o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural e política cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional frente a uma determinada doença, condição ou um dano.

Para nos auxiliar na reflexão sobre os fatores que dificultam um trabalho eficaz na área da TB, o conceito de **vulnerabilidade**, que vai além da noção de risco, nos permite uma aproximação do contexto da população mais atingida pela TB, possibilitando, assim, uma análise mais ampla do que apenas a dos fatores específicos da área da saúde.

Quando falamos em vulnerabilidade estamos não apenas identificando as situações em que as pessoas correm maior ou menor risco de se expor a uma infecção, mas, sim, procurando fornecer informações de forma que cada pessoa perceba se tem maior ou menor chance de se infectar ou de se proteger.

O Quadro 2 foi compilado para permitir melhor entendimento dessas definições dentro da realidade da tuberculose.

Quadro 2 – Tipos de vulnerabilidades

Vulnerabilidades	Definição	Exemplos
Individual	Está relacionada, principalmente, com os comportamentos adotados pelo indivíduo e que podem favorecer a infecção e a não adesão ao tratamento.	Falta de informação sobre as formas de transmissão e prevenção da TB, ou não entendimento acerca do tratamento. Pouca motivação ou sensibilização pessoal para o tratamento, que pode resultar na não adesão ao tratamento e no abandono do mesmo. Baixa autoestima e falta de confiança para adotar medidas preventivas, incluindo hábitos de vida mais saudáveis. Alcoolismo e uso de outras drogas – falência do tratamento, falta de adesão. Desnutrição. Condições de moradia.

Quadro 2 – Tipos de vulnerabilidades (cont.)

Vulnerabilidades	Definição	Exemplos
Social	Aspectos econômicos e sociais que aumentam a vulnerabilidade: IDH, crenças e valores; desigualdades social, de gênero, de raça, idade etc; discriminação, perseguição; qualidade de vida local.	<p>Pobreza.</p> <p>Falta de moradia.</p> <p>Falta de acesso aos meios de comunicação, aos serviços de saúde e aos meios de prevenção.</p> <p>Preconceitos e discriminações (social/racial/étnica).</p> <p>Pobreza (reduz a imunidade, direitos sociais não respeitados), alimentação inadequada (risco dos efeitos colaterais), aglomerações urbanas.</p> <p>Conhecimento inadequado relativo à TB.</p> <p>Questão de gênero – homens apresentam maior tendência a não tratar corretamente da doença; papel da mulher na rede familiar e maior frequência nos serviços de saúde.</p> <p>Pacientes com baixo nível de escolaridade têm dificuldades de entender as informações sobre doença e tratamento; a busca por emprego, muitas vezes, leva o paciente a sair para outra cidade e, conseqüentemente, ao abandono do tratamento.</p> <p>Desemprego – provoca falta de recursos para deslocamento até a unidade de saúde e para alimentação.</p> <p>Condições ambientais e socioeconômicas.</p>
Programática ou institucional	Diz respeito ao quanto as políticas públicas respondem/ amparam com relação aos diversos aspectos da infecção, ao desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção e assistência à TB, envolvendo instituições governamentais, não governamentais e sociedade civil, buscando a integração desses serviços na promoção da saúde do indivíduo.	<p>Falta de divulgação de informações pelos meios de comunicação.</p> <p>Precariedade na coleta, no registro e na análise de informações.</p> <p>Dificuldade de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, afetando sua comunicação e relação.</p> <p>Ausência ou inacessibilidade aos meios de prevenção e promoção à saúde.</p> <p>Falta de comprometimento da equipe de saúde, integração com o Programa da Saúde da Família (PSF) e participação efetiva de gestores.</p> <p>Falta de medicamento, gestão (intersetorialidade, equipe), rede de referência e contrarreferência.</p> <p>Desempenho da equipe multidisciplinar de saúde (relação paciente/profissional de saúde: “escuta” da realidade do paciente).</p> <p>Organização do serviço e qualidade da assistência – as unidades de saúde não têm estrutura adequada para fazer o tratamento; muitas vezes faltam remédios.</p> <p>Profissionais desinteressados ministram orientações nem sempre adequadas.</p> <p>Precariedade da estrutura da saúde afeta a qualidade do diagnóstico, a disponibilidade e a distribuição de remédios, a detecção e o controle dos comunicantes, o acompanhamento e a supervisão.</p> <p>Falta de apoio social e familiar a pacientes que usam drogas, álcool ou que pertencem a famílias desestruturadas.</p>

Fonte: Adaptado de Lorenzo (2006).

É importante entender que a relação entre as vulnerabilidades apresentadas não é estática, ou seja, elas devem ser analisadas a partir de um contexto específico, em que os fatores interagem de forma a se obter uma visão integral da situação do sujeito.

Como exemplo, podemos notar que a falta de informação ou a não compreensão sobre a maneira como a TB é transmitida, bem como o fato de esta ser uma doença curável, contribuem para os altos níveis de estigma e discriminação contra as pessoas com TB, impedindo muitas vezes a adesão ao tratamento, podendo provocar, inclusive, o seu abandono.

Fica claro que, ao reconhecer a TB como um problema multifatorial, torna-se necessário trabalhar no enfoque da multissetorialidade para que haja resultados que reflitam no trabalho dos serviços de saúde e levem a população a assumir a sua parte na prevenção e no controle da TB.

Dessa maneira, as estratégias que visam controlar a disseminação da TB em determinada sociedade devem levar em conta esses vários fatores. Considerando suas características epidemiológicas e clínicas, assim como os requisitos para sua prevenção, tratamento e controle, fica claro também que as intervenções em matéria de diagnóstico, assim como a conduta profilática e terapêutica, devem ser socioculturalmente apropriadas, isto é, fundamentadas no próprio contexto local. Dessa forma, a prevenção estará sempre vinculada a direitos humanos, cidadania, tendo como referência as diretrizes do SUS e reconhecendo a importância do trabalho multissetorial no controle da TB.

Para refletir

Como é desenvolvido o trabalho intersetorial nas ações de tratamento e controle da TB em sua área de trabalho?

Referências

CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2. Diretrizes brasileiras para tuberculose 2004. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 30, jun. 2004. Suplemento 1.

DEMISSIE, M.; LINDTJOM, B. Gender perspective in health: does it matter in tuberculosis control? *Ethiopian Journal of Health Development*, Addis Ababa, v. 17, n. 3, p. 239-243, 2003.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica*. Brasília, DF, 2002.

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUDELSON, P. Gender differentials in tuberculosis: the role of socio-economic and cultural factors. *Tubercle and Lung Disease*, Edinburgh, v. 77, n. 5, p. 391-400, Oct. 1996.

LORENZO, C. Vulnerabilidade em saúde pública: implicações para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, DF, v. 2, n. 3, 2006.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, mar./abr. 2007.

PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, p. 43-49, 2007. Suplemento 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Estimated tuberculosis (TB) cases and deaths, 1990 a 2011*. Geneve, 2011. Disponível em: <http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tb/cases/atlas.html?filter=filter4,Americas&indicator=i2&date=2010>. Acesso em: 2012.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *International human development indicators*. [S.l.], 2011.