



Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Sem comunidade

Scielo

2012

O cuidado à saúde da mulher com tuberculose na perspectiva do enfoque familiar

Texto contexto - enferm.,v.21,n.2,p.409-417,2012

<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/39383>

Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

O CUIDADO À SAÚDE DA MULHER COM TUBERCULOSE NA PERSPECTIVA DO ENFOQUE FAMILIAR

Lenilde Duarte de Sá¹, Ana Rita Bizerra do Nascimento Santos², Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira³, Jordana de Almeida Nogueira⁴, Lucídia de Medeiros Tavares⁵, Tereza Cristina Scatena Villa⁶

¹ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem, Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br

² Mestranda do PPGENF/UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: anaritabizerra@hotmail.com

³ Mestre em Enfermagem. Paraíba, Brasil. E-mail: annelissa_ufpb@hotmail.com

⁴ Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Enfermagem Clínica da UFPB e vinculada ao PPGENF/UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br

⁵ Mestre em Enfermagem. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem, Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB. E-mail: lucidiatavares@gmail.com

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br

RESUMO: Analisar a relação entre a atuação de profissionais de Equipes de Saúde da Família e a mulher com tuberculose, segundo a dimensão de enfoque familiar. Participaram oito profissionais de Equipes de Saúde da Família de município da região metropolitana de João Pessoa-PB. As informações foram coletadas por meio de entrevistas semi-estruturadas e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Os profissionais reconhecem a precariedade social e preconceito vivenciados pelas mulheres com tuberculose, sugerindo a necessidade de um cuidado baseado no conceito de integralidade em saúde. Ressaltam ainda a importância do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração, da existência de incentivos, e a pouca adesão das mulheres às atividades educativas e à formação de grupos. Poucos profissionais reconhecem a inclusão de familiares no cuidado à mulher com tuberculose, o que indica a necessidade de discussão desse fato para potencializar o êxito do tratamento dessa doença.

DESCRIPTORIOS: Tuberculose. Saúde da mulher. Saúde da família.

PROVIDING HEALTH CARE TO WOMEN WITH TUBERCULOSIS: THE FAMILY FOCUS PERSPECTIVE

ABSTRACT: To analyze the relationship between the practice of family health team workers and women with tuberculosis, according to the family focus dimension. The participants were eight family health team workers from a city in the João Pessoa metropolitan area (Paraíba -PB). Data were collected through semi-structured interviews, and then subjected to thematic content analysis. The workers recognize the critical social condition that women with tuberculosis live in, as well as the prejudice they face. They suggest that these women require care based on the concept of comprehensiveness in health. They also highlight the importance of Directly Observed Therapy - Short Course, the existence of incentives, and the women's poor adherence to educational activities and groups. Few workers recognize the inclusion of relatives in the care of women with tuberculosis, which implies the need for discussion regarding this fact with the purpose of improving tuberculosis treatment effectiveness.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Women's health. Family health.

EL CUIDADO A LA SALUD DE LA MUJER CON TUBERCULOSIS EN LA PERSPECTIVA DE ENFOQUE FAMILIAR

RESUMEN: El objetivo fue analizar la relación entre el desempeño del profesional de la salud de la familia y la mujer con tuberculosis, según la dimensión de enfoque familiar. Investigación cualitativa que involucró ocho profesionales de los equipos de salud familiar del municipio de la región metropolitana de João Pessoa-PB. La información se obtuvo a través de entrevistas semi-estructuradas y fue analizada según la técnica de análisis de contenido, modalidad temática. Los profesionales reconocen la fragilidad social y los prejuicios que sufren las mujeres con tuberculosis, lo que sugiere la necesidad de atención basada en el concepto de salud integral. Son resaltadas la importancia del Tratamiento Breve Bajo Observación Directa, la existencia de incentivos y la falta de compromiso de las mujeres a las actividades educativas y grupos de formación. Pocos profesionales reconocen la inclusión de familiares en el cuidado de las mujeres con tuberculosis, lo que indica la necesidad de un debate de este hecho para mejorar el éxito del tratamiento de esta enfermedad.

DESCRIPTORIOS: Tuberculosis. Salud de la mujer. Salud de la familia.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) embora seja uma doença antiga, mantém-se atual como um grave problema de saúde pública¹. Encontra-se distribuída nos cinco continentes e atinge homens e mulheres nas diversas faixas etárias. O Brasil ocupa atualmente o 19º lugar entre os 22 países com a mais alta carga da doença notificada no mundo.²

Apesar da TB ser um agravo mais comum em homens, é a principal causa infecciosa de morte entre as mulheres no planeta.³ Anualmente, cerca de 700.000 mulheres morrem de TB e três milhões contraem a doença. Como a TB afeta principalmente mulheres em idade economicamente ativa e reprodutiva, o impacto da doença também é sentida pelos familiares.⁴ No Estado da Paraíba, de acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba (SES-PB), no ano de 2010 foram notificados 1421 casos de TB, distribuídos em 994 homens e 427 mulheres.⁵ Observa-se, portanto, que 30% dos casos atinge a população feminina.

Nos dias atuais a realidade econômica, sob as diretrizes da concepção neoliberal, determina situações peculiares à qualidade de vida de mulheres. O aumento na proporção de mulheres chefes de família sem os suportes jurídicos e salariais vigentes para os homens, agudização do processo de subvalorização do trabalho feminino, tripla carga de trabalho, para prover financeiramente a família, e a falta de bens e serviços que dêem suporte às atividades femininas, são vistos como fatores destrutivos à vida das mulheres⁶ e, por sua vez, determinam os seus processos de adoecimentos. No que concerne a TB, sabe-se que essa é uma doença associada a fortes componentes sociais e econômicos. Mulheres com baixa renda, vivendo em comunidades urbanas densas, com precárias condições de habitação, má alimentação e com péssimas condições de higiene, têm probabilidade maior de contrair a doença.⁷

A condição social que a TB assume no contexto neoliberal e a expressiva mortalidade contingente feminino, justificam a realização de um estudo em TB contemplando as mulheres, uma vez particularizado para a realidade de um município paraibano que integra a região metropolitana da capital, e, na condição de portuário, impõe uma situação de vulnerabilidade às mulheres que ali residem.

Convém ressaltar que, embora nos países considerados de baixa renda, o número de casos de TB em homens seja o dobro dos notificados para

mulheres, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem motivado a realização de estudos sob o enfoque de gênero. Esse foi também um dos motivos que influenciou a realização deste estudo. Nesse sentido, os resultados obtidos deverão ser utilizados para aprimorar o controle da TB, priorizando, sobretudo, o êxito terapêutico em mulheres.³

No cuidado à saúde da mulher com TB, ressalta-se que este deve estar devidamente articulado às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Mulher⁸ sob o enfoque de gênero. O significado de gênero pressupõe a compreensão das relações entre os sexos e diferencia o sexo biológico do social. O primeiro refere-se às diferenças biológicas entre os homens e as mulheres. O segundo diz respeito à maneira que estas diferenças assumem nas diferentes sociedades e no decurso da história.⁹

O conceito de gênero perpassa o processo saúde-doença e é importante para desenvolver o cuidado segundo a concepção de promoção da saúde. Promoção da saúde sustenta-se na constatação de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida¹⁰, o que inclui um padrão adequado de nutrição, habitação, saneamento, condições dignas de trabalho e renda etc., ou seja, que retrata o conceito ampliado de saúde. Relacionado ao conceito positivo, a promoção da saúde sugere uma atuação dos profissionais de saúde no sentido de mudar as situações de desigualdades, para que a equidade seja alcançada, garantindo a todo ser humano a justiça social, respeito às diferenças biológicas e a livre escolha, ao mesmo tempo que sejam asseguradas condições mínimas para uma sobrevivência digna.¹¹

Com relação à TB, no Brasil essa é considerada uma das áreas estratégicas da Política Nacional de Atenção Básica¹², tendo o *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS) como estratégia oficial para o controle da doença, e sua operacionalização é realizada pelas equipes de saúde da família que, sob a concepção de Atenção Primária à Saúde (APS), tem a responsabilidade sobre o cuidado ao doente de TB e sua família.¹³ Embora o Tratamento Diretamente Observado (TDO), um dos pilares do DOTS, seja empregado na Estratégia Saúde da Família (ESF), para potencializar o êxito terapêutico – quanto ao cumprimento da meta de 85% de cura dos casos diagnosticados e na perspectiva do cuidado integral –, os profissionais de saúde, além de considerarem o contexto familiar em que vive a mulher com TB, devem levar em conta a inserção de uma pessoa da família – ou da comunidade – no

projeto terapêutico com a qual a pessoa cuidada tenha vínculo de confiança/afeto.^{7,14}

APS envolve dimensões que devem nortear a atenção em saúde, quais sejam: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional. Este estudo em particular fundamenta-se na dimensão enfoque familiar, uma vez que contempla o indivíduo no seu cotidiano e, nesse sentido, a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados.¹⁵

No que tange à atenção integral à saúde da mulher, reconhece-se um conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde executado nos diferentes níveis de atenção à saúde, ou seja, da atenção básica até os serviços de alta complexidade, e a atenção integral à saúde desse grupo, compreende a atenção à mulher a partir de uma percepção ampliada do seu contexto de vida, do momento que demanda específica, bem como da singularidade e das condições como sujeito capaz e responsável por suas escolhas.⁸

Considerando a amplitude das ações de cuidado dirigida à mulher, os profissionais de saúde, principalmente os que atuam nas equipes da ESF, devem ter um olhar vigilante para a variedade e complexidade de fatores que tornam esse grupo vulnerável a diversos processos de adoecimentos que, em sua maioria, são socialmente determinados ou favorecem a agravos reconhecidos biologicamente.

Tendo em vista que a TB é uma doença crônica que se arrasta ao longo dos séculos e exige terapêutica prolongada, causando modificações importantes no cotidiano das pessoas acometidas e que, em se tratando de mulheres, assume peculiaridades relacionadas à questão de gênero, torna-se imperativo reconhecer que o cuidado dirigido a esse grupo deve pautar-se na integralidade. Notadamente, convém considerar a integralidade do cuidado como a consolidação de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Com esse fito, o cuidado deve ser permeado por ações de vigilância da saúde, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres.¹⁶

Tanto a saúde da mulher, como o controle da TB, são consideradas áreas prioritárias da Política

Nacional de Saúde. Partindo do pressuposto que o cuidado a mulheres com TB não pode ficar restrito aos aspectos clínicos da doença, questionou-se: segundo a dimensão do enfoque familiar, quais são as relações que os profissionais da estratégia Saúde da Família estabelecem entre o cuidado integral e às necessidades da mulher com TB? Para responder a essa pergunta, o objetivo proposto foi: analisar as relações que profissionais da estratégia saúde da família fazem entre o cuidado integral e as necessidades da mulher com TB em um município prioritário da Paraíba, segundo a dimensão de enfoque familiar.

METODOLOGIA

Este estudo foi conduzido, tendo como referência a pesquisa qualitativa, sob a modalidade analítica de análise de conteúdo¹⁷; essa última definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.¹⁸

Para a melhor definição do objeto de investigação, foi realizada a revisão de literatura sobre a TB e a relação com a questão de gênero, bem como o reconhecimento do cenário de investigação.

A pesquisa foi realizada em um município da região metropolitana de João Pessoa-PB, considerado prioritário para o controle da TB no Estado. Além de ser prioritário para o controle da TB, o município na condição de portuário, apresenta reconhecida área de prostituição, vulnerável, portanto, às doenças sexualmente transmissíveis. Nesse caso em particular, faz-se referência a Aids, dada a sua importância para os estudos relacionados à co-infecção TB/HIV-Aids.

Das 19 USFs existentes no município, e identificadas na Secretaria Municipal de Saúde, quatro foram selecionadas para o estudo, uma vez que apresentavam profissionais que acompanhavam mulheres em tratamento autoadministrado para a TB. Como sujeitos da pesquisa atendiam aos critérios de inclusão aqueles profissionais mais diretamente envolvidos no monitoramento terapêutico e com atuação em USF, em cujas microáreas residissem mulheres em tratamento para TB. Observou-se que os enfermeiros e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) eram os profissionais que mais desenvolviam vínculos com essas mulheres. Foram selecionados oito sujeitos,

quatro enfermeiras e quatro ACSs, sendo três mulheres, um homem e com idade entre vinte e cinquenta anos.

O contato com os profissionais foi facilitado pela Secretaria de Saúde do município. Por telefone os pesquisadores acordaram com os profissionais, horários e locais para a realização das entrevistas. Todas foram realizadas nas USFs, sendo os entrevistadores uma estudante do Curso de Graduação em Enfermagem e uma aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Ambas integravam o projeto original da pesquisa.

Para produção do material empírico, a técnica de entrevista utilizada foi a semiestruturada, baseada em um roteiro que continha oito perguntas subjetivas. O roteiro é um instrumento que orienta a conversa com finalidade, que facilita a abertura, ampliando e aprofundando a comunicação.¹⁷ As entrevistas tiveram em média dezessete minutos de duração; foram áudio-gravadas no período de agosto a outubro de 2009 e transcritas, na íntegra, no mês de novembro de 2009.

Os participantes foram decodificados com letras do alfabeto e números arábicos, de forma a garantir seu anonimato e atender às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos. O projeto que originou o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba - CEP/HULW, sob nº de protocolo 171/09.

Na análise do material empírico foi usada a Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática.¹⁸ Dentre as técnicas de Análise de Conteúdo, uma das que melhor se adapta à investigação qualitativa no campo da saúde é a Análise Temática, baseada na noção de tema.¹⁷ Tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.¹⁸ Ressalta-se que a análise temática desdobra-se operacionalmente em uma sequência composta por três etapas básicas que permitem organizar e melhor explorar os dados provenientes das entrevistas: leitura flutuante (pré-análise), exploração do material e/ou codificação e tratamento dos resultados- inferência e interpretação.¹⁷⁻¹⁸ O percurso analítico se fez pela sequência descrita a seguir.

Na fase de pré-análise e constituição do *corpus* foram selecionadas as oito entrevistas rea-

lizadas com as enfermeiras e ACSs entrevistados. Passando para as etapas de exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, todo o conteúdo das gravações foi ouvido e em seguida foram realizadas as transcrições do material gravado de cada sujeito. Para a garantia da qualidade do material empírico, as entrevistas foram novamente ouvidas, de modo a fazer correções e ajustes. Uma vez transcritas, no processo, com relação aos conteúdos, foram observadas a exaustividade, homogeneidade, representatividade e pertinência das informações.

Em seguida passou-se para as fases da leitura nas modalidades leitura flutuante, longitudinal e transversa. A primeira foi feita individualmente por uma pesquisadora; a segunda foi feita por três integrantes da equipe de pesquisadores, a qual foi seguida da discussão conduzida por estes sobre a coerência e a pertinência dos conteúdos. Na leitura transversa deu-se início à codificação, com base nas unidades de registro e formulação de pré-hipóteses.

Para o alcance do objetivo proposto, mediante análise prévia das falas obtidas nas entrevistas com os enfermeiros e ACSs que atuavam no cuidado à mulher com TB nas USFs, foram destacadas as unidades de registro. Por sua vez, as unidades de registro conformaram os seguintes núcleos de sentido: necessidades sociais de mulheres com TB e o cuidado das equipes de saúde da família às mulheres com TB.

Em seguida, foram considerados os núcleos de sentido identificados nas falas com conteúdos convergentes, divergentes, e que se repetiam. Assim, foram feitos recortes dos extratos de falas correspondentes a cada núcleo de sentido. Esta conformação permitiu eleger a unidade temática central: O cuidado integral à saúde da mulher com tuberculose, na perspectiva do enfoque familiar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, discute-se a unidade temática central do estudo intitulada - O cuidado integral à saúde da mulher com tuberculose, na perspectiva do enfoque familiar. Tal unidade é composta pelos núcleos de sentido: necessidades sociais de mulheres com TB e o cuidado das equipes de saúde da família às mulheres com TB, e trata do problema da TB em um município portuário, realçando a relação entre vulnerabilidade e precárias condições sociais, bem como a importância da participação da família no tratamento da mulher com TB.

Necessidades sociais de mulheres com TB

A vigilância da saúde tem no princípio de territorialidade sua principal premissa, por isso o trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial.¹⁹ Com base no princípio que orienta a vigilância da saúde, consegue-se definir problemas e prioridades, bem como buscar recursos para atender às necessidades de saúde singulares, tanto no que concerne a situação individual, quanto a de coletivos humanos. Do ponto de vista pessoal, principal sentido das ações de vigilância da saúde, a pessoa doente deve ser considerada parte da família, da comunidade, do sistema social, do ambiente. É preciso compreender que para melhorar a qualidade de vida e promover a saúde de um indivíduo, faz-se necessário agir no contexto em que ele se insere, no espaço em que ele vive.

É de grande importância, então, para o êxito terapêutico, levar em consideração a realidade social na qual a mulher com TB está inserida e ajustar as estratégias de controle às suas necessidades. Sabe-se que mulheres com baixa qualidade de vida são mais vulneráveis ao adoecimento por TB.⁷ A literatura revela que problemas sociais, como o desemprego e a dificuldade financeira, concorrem para que o doente de TB abandone o tratamento.¹⁴ Nas falas a seguir os profissionais reiteram que a forma de vida das mulheres com TB, como o meio social no qual estão inseridas, têm relação direta com a doença: *precárias [as condições de vida das usuárias]. O nosso município é em área portuária e tem muito fluxo de barcos de turismo e essas mulheres tem muitos relacionamentos com essas pessoas [...]. Há falta de emprego [...]. O trabalho delas é em torno da prostituição e isso dificulta o tratamento (E1); é uma doença que o controle ainda está deixando muito a desejar, ainda mais por se tratar de uma cidade portuária, com uma promiscuidade grande. O alcoolismo, as drogas, então isso, nos deixa numa margem de dificuldade (E4).* Com base no conteúdo das falas observam-se as evidentes necessidades sociais dessas mulheres que levam a refletir sobre os desafios inerentes à prática do cuidado na perspectiva da integralidade e sob o enfoque de gênero.

O município no qual se fez o estudo, é portuário e, segundo informações do Núcleo de Doenças Endêmicas da Secretária de Estado de Saúde, é considerado o maior em número de casos envolvendo a associação TB/HIV-Aids. Reconhecendo a vulnerabilidade da população e especificamente das mulheres às infecções sexualmente transmissíveis, essa singularidade é determinante para que as ações de vigilância da saúde da mulher

sejam desenvolvidas articuladas às atividades de controle da TB, principalmente na identificação de sintomáticos respiratórios e na solicitação de teste para HIV concomitante ao diagnóstico da TB.

Vale salientar que para além da resolução de suas necessidades, essas mulheres enfrentam em seu dia a dia problemas de ordem psicológica e familiar uma vez que a TB é uma doença estigmatizante, cercada por preconceitos. Diante da cruel realidade social enfrentada, muitas vezes essas mulheres recorrem a mecanismo de fuga, principalmente álcool e drogas. O etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas são condições que, paralelas ao tratamento da TB, dificultam a obtenção do sucesso terapêutico, uma vez que potencializam o agravamento do quadro clínico da doença, aumentam as chances da ocorrência de abandono do tratamento e comprometem a cura.²⁰

Em se tratando do estigma que acompanha os doentes com TB, percebe-se que a pessoa doente pode vivenciar situações traumáticas e constrangedoras, forçando-a muitas vezes a desistir do tratamento por uma questão que está arraigada ao imaginário social.²¹ Sendo a TB uma doença que permanece até os dias atuais cercada por preconceitos, é necessário que os profissionais das Equipes de Saúde da Família utilizem estratégias para esclarecer e informar a população sobre a doença.

O preconceito relacionado aos doentes com TB está explícito nos relatos a seguir: *os pacientes que tem problema de TB, eles se sentem pessoas excluídas da sociedade (A3); elas se queixam que ainda tem esse certo preconceito por parte da população, da sociedade e elas próprias se afastam, depois disso [do diagnóstico de TB] ela notou que, ela mesma procurou se afastar para não transmitir para os netos, paras filhas, mas a gente depois teve um momento de conversa e orientou dizendo que ela não transmitia (E3); porque o esposo na época a discriminou, por estar com tuberculose, então foi aquele problema sério! E ela [doente com TB] estava até me dizendo, que como ela chegou com perda de peso estava esperando o diagnóstico de um câncer e não esperava o de tuberculose. Achava que um câncer era melhor e chegou a me dizer: realmente, é, porque eu acho que um câncer não tem tanta discriminação como a tuberculose tem ainda (E3).*

Analisando os fragmentos acima é possível perceber dois aspectos fundamentais que permeiam o estigma relacionado à TB: o preconceito da sociedade com o doente com TB e o preconceito do próprio doente frente à doença. Ambas as situações são reflexo da falta de conhecimento das pessoas quanto ao processo de adoecimento pela

referida morbidade. Entretanto, o preconceito que o próprio doente imprime a si destaca-se, pois o leva a afastar-se dos familiares e da sociedade. Discriminado, resta-lhe ausentar-se do convívio daqueles que julga sadios. Nesse caso, justifica uma ação vigilante dos profissionais de saúde para, diante de situações em que se evidencia preconceito, criarem estratégias para motivar a cura.

No intuito de desmistificar o contágio da doença e reduzir o preconceito, o serviço de saúde precisa ser organizado de forma a esclarecer as pessoas sobre a TB e outras doenças que também são acompanhadas por estigma.²¹ A educação em saúde é uma oportunidade de melhor atingir os objetivos da orientação, visando práticas que incluam o cidadão no processo como ator de mudança para que possa contribuir no processo do tratamento e de mudança social.

No controle da TB, a interação entre profissionais de saúde e a comunidade, bem como diretamente com a família, durante o processo de tratamento, deve ser enfatizada para assegurar assistência integral e resolutiva. Portanto, a inclusão do familiar no tratamento é ação extremamente importante e que deve ser considerada em todos os casos.²² É necessária articulação da equipe do Programa de Controle da Tuberculose com as equipes das UFS, e das USF com os familiares da pessoa doente. Reconhecem as enfermeiras: *a mãe dessa paciente foi quem mais incentivou [o tratamento] porque ela tem uma vida assim, um pouco desregrada, gosta de beber, de farrar, de sair [...]. Trazia ela [a doente] à unidade... fez com que ela fizesse o tratamento, é quem prepara a comida, não é? (E2); então ela precisa do apoio da família, a unidade de saúde está fornecendo a medicação, está fornecendo esta cesta básica, vai lá visita, mas essa carência que ela tem, é uma carência afetiva, de apoio, de você está lá junto da sua família... eu identifico como sendo o ponto mais difícil para elas é a falta de apoio familiar (E1).*

Nos depoimentos apontados, apesar de ser reconhecido por poucos profissionais entrevistados, observa-se a importância da família para o êxito terapêutico. Para tal, é necessário que haja uma partilha de compromissos, envolvendo os serviços de saúde, a mulher e seus familiares através da criação de pactos que contemplem as necessidades de todas as partes e que os tornem protagonistas e sujeitos ativos de seus papéis.²²

Também cabe enfatizar que o município em questão garante o fornecimento gratuito de medicamentos e dos insumos necessários ao tratamento. Entretanto, apesar de dispor dessas

garantias, as mulheres com TB no referido município carecem de apoio familiar, fato que afeta a adesão ao tratamento. Os serviços de saúde ao considerarem a dimensão do enfoque familiar, tendem a reforçar o compromisso dos profissionais de saúde no sentido de torná-los cientes da situação de pertença dos doentes com TB, assim como de envolver os familiares, tornando-os ativos e partícipes no cuidado a um dos seus.

O cuidado das equipes de saúde da família às mulheres com TB

Com relação aos papéis sociais, homens e mulheres parecem se comportar de modo diferente no tratamento da TB. Nas falas dos profissionais entrevistados, se observa que a mulher tem maior adesão ao tratamento. O conteúdo analisado mostra que as mulheres, além de dispensarem maior tempo ao cuidado consigo, apresentam mais compromisso com a saúde de seus familiares e da comunidade, pois se tratam mais rápido que os doentes masculinos: *ela se sente mais responsável no próprio tratamento, é participante ativa do tratamento. É mais fácil porque eu acho que ela tem preocupação, tem a responsabilidade de se tratar e de ser curada, não é? Porque pensa no esposo, pensa nos filhos, então ela tem aquele melhor cuidado no tratamento (E3); querem cuidar da vida delas. O homem, não. Quer só beber, fumar, não faz o tratamento (A1).*

Diferentemente da mulher, estudos apontam que os homens têm maior risco de adoecer por TB, o que provavelmente possui relação com seus hábitos de vida, favorecendo a maior incidência no sexo masculino.²³ Com relação ao acesso aos serviços de saúde, há evidências de que, embora o serviço de saúde não faça qualquer distinção entre homens e mulheres que demandem atenção, os serviços de saúde são mais freqüentados por mulheres do que por homens. Esse fato encontra similaridade com estudo realizado no México envolvendo TB e relações de gênero.³

Pode-se dizer que no Brasil, a TB é uma doença que marca a população masculina, uma vez que o número de casos de TB em homens é praticamente o dobro de que em mulheres. Um fator importante a ser considerando para o Programa de Controle da Tuberculose é desenvolver as ações devidamente articuladas à saúde do homem.²⁴ As ações de vigilância da saúde à população masculina devem envolver ações de controle da TB para todos os homens e não apenas aqueles contabilizados no contingente carcerário,

comunicantes, com diagnóstico de HIV ou que vivem em situação de rua.

A ESF, no campo de educação em saúde, tem como papel central uma prática educativa voltada para a promoção da saúde, com um conjunto de atividades orientadas a propiciar melhoramento nas condições de bem-estar e acesso a bens e a serviços sociais. Dentre essas atividades orientadas se inserem as atividades educativas, ou atividades ditas educativas, pois, é comum em palestras/aulas, grupos ou em consultas individuais se passar a idéia de que a doença se deve, principalmente, a falta de cuidado e ao desleixo da população com a sua saúde, deixando a “vítima” com o sentimento de “culpa” pelo problema que apresenta.²⁵

Como resultado dessa prática, dentre outros problemas, foram identificados: baixa vinculação da população aos serviços de saúde, pouca adesão aos programas e aos tratamentos e frustração dos profissionais de saúde.²⁵ Problemas semelhantes atestam os relatos dos profissionais: *desde que eu estou aqui eu tenho sentido muita dificuldade na formação de grupos quer seja de mulheres, ou de adolescentes, por que, está muito ligado a cultura deles, de visualizar o PSF como um ambulatório ainda (E1); as mulheres vêm muito à unidade, mas para fazer planejamento familiar, para consulta médica, para levar seus filhos ao médico, para vacina, menos para ela participar de algum grupo, para cuidar dela é mais difícil (E4); no dia a dia quando esse paciente vem fazer o atendimento, as meninas [a equipe de saúde] estão sempre fazendo palestras, aí pega a população aí na frente, porque se você marcar palestra, eles [os usuários] não vêm (A2); [os usuários] de livre e espontânea vontade, a gente tem que proporcionar alguma coisa pra que eles sejam atraídos, e venham até a gente. Por exemplo: um sorteio, um brinde, um lanche, algum atrativo que a gente oferece a eles [...]* (E1).

É possível observar os limites de uma educação em saúde fundada na atenção puramente médica e técnica, por exemplo, com a realização de consultas e entrega da medicação, uma vez que, quando a doença surge, há um envolvimento de todas as esferas sócio-culturais dessas mulheres que devem ser levadas em consideração, sendo o adoecimento por TB apenas uma delas.²⁶ Assim, é fundamental que o setor saúde embase a educação não apenas na transmissão de conhecimentos historicamente acumulados, como na realização de palestra, mas também, que trabalhe na perspectiva da construção de conhecimentos e de qualidade de vida por todos aqueles que a integram.²⁵ Nos fragmentos acima, pode-se observar a não valorização

da comunidade às ações de educação em saúde, talvez por serem práticas de orientação centradas no saber científico, no enfoque biológico da doença e na medicalização; que não levam em consideração a realidade social que essa comunidade está inserida. Dessa forma, sem esse traço que marca o conceito de integralidade em saúde, dificilmente se estabelecerá um vínculo eficaz e potencializador de mudanças. Nesse caso, as dificuldades relatadas nas falas de E1 e E4 tendem a persistir.

Um elemento visto como potencializador das ações de controle da TB, citados pelos entrevistados refere-se à oferta de incentivos, como cestas básicas fornecidas aos doentes com TB: *no município “N” a gente tem o incentivo de uma cesta básica pra essas pessoas que são acompanhadas (E1); e agora, com essa ajuda da feira, aí eles sentem aquela obrigação de vir fazer o tratamento (A2); ela [a mulher com TB] recebe uma cesta básica mensalmente e muito boa, e sai contente e satisfeita e diz que é uma ajuda muito boa pra ela e os filhos (E4).*

Vale ressaltar nas falas dos três profissionais acima, a importância da oferta de cestas básicas concorre para a continuação do tratamento, a criação de vínculo e, também por que não dizer, funciona como uma forma de tornar o doente um participante ativo e autônomo do seu próprio tratamento, uma vez que, tendem a permanecer alerta para ao término do medicamento, o que implica no recebimento de uma nova cesta básica. É preciso salientar, entretanto, que se faz necessário o incentivo, mas apenas o mesmo não basta. É importante, além do benefício, assegurar qualidade de vida as pessoas doentes, para que não prevaleçam ações assistencialistas em detrimento de políticas e ações intersetoriais que fundamentam a concepções da promoção da saúde e do cuidado integral.

Os profissionais entrevistados vêem a estratégia DOTS como um fator positivo para o controle da TB. Os serviços devem ser prestados ao doente oportunamente e em caráter contínuo, estar os profissionais disponíveis a qualquer momento, atendendo a demanda real, incluindo um sistema de referência que assegure fácil acesso a uma assistência do nível que se fizer necessário.²¹ Com relação aos elementos que potencializam a adesão ao tratamento de TB elencados pela estratégia DOTS, estão incluídas a retaguarda laboratorial e a oferta gratuita de insumos. A fala a seguir revela a organização do serviço para o diagnóstico de TB: *aqui em “N” tem uma facilidade, a gente [a equipe] já recebe receituários, requisições de exames já carimbadas, autorizadas pelo laboratório,*

então a paciente não vai ter nenhuma burocracia. A gente já entrega os potinhos, no dia que ela colher já leva diretamente pra o laboratório (E3).

Analisando o conteúdo da fala de E3, constatou-se que o acesso para a realização de exames importantes para o diagnóstico e tratamento da TB, está sendo assegurado às pessoas doentes pelo município em questão. Tal fato potencializa o tratamento, pois, é fundamental que a organização dos serviços seja adequada para que as atividades sejam efetivas e respondam a realidade local.²⁷

Apesar da saúde da mulher fazer parte do elenco dos serviços das USF, do município no qual foi realizado o estudo, nenhum profissional entrevistado apresentou em sua fala elementos que revelassem uma atenção articulada entre controle da TB e a atenção à saúde da mulher. O fato significa que ações são desenvolvidas de forma estanque, sem associação com políticas elaboradas e feitas à revelia de um cuidado retoricamente enfatizado como integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados realçam o problema da TB em um município portuário, ao revelar a relação que os profissionais de saúde fazem entre as precárias condições em que vivem as mulheres com TB e a vulnerabilidade desse grupo, não apenas a essa doença secular, mas também a outras morbidades, dentre elas a coinfeção TB-HIV/Aids. Do ponto de vista social, o preconceito, enraizado à doença, concorre para que o tratamento seja feito de forma descontínua, acentuado o problema do abandono.

Os profissionais de saúde ao reconhecerem a precariedade social em que vivem as mulheres com TB; revelam que possuem um olhar aproximado do contexto em que vivem essas mulheres, sugerindo dessa forma um cuidado que deve ser baseado no conceito de integralidade em saúde.

Destaca-se o fato dos profissionais considerarem que as mulheres aderem mais ao tratamento do que os homens com TB. Tal constatação concorre para a recomendação de ações de vigilância da saúde da população masculina focada nos sinais e sintomas da TB, ações essas que devem estar respaldadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, recém criada pelo Ministério da Saúde, no Brasil.

No que concerne ao enfoque familiar, é marcante a relação que os profissionais estabelecem entre as necessidades das mulheres e o tratamento

da TB. Além do que se observa o reconhecimento das enfermeiras e dos ACS sobre a importância da participação da família no tratamento da mulher com TB. Ressalta-se a falta de articulação entre as ações de controle da TB e as ações do cuidado integral à saúde da mulher. Os profissionais, ao que se percebe, não vinculam essas duas importantes áreas estratégicas da Política Nacional de Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. 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*. 2005 Dez; 14(4):310-4.
2. Organização Pan-americana de Saúde. Tuberculosis en las Américas: reporte regional; [sl.]: OMS; 2009.
3. Jiménez-Corona ME, García-García L, DeRiemer K, Ferreyra-Reyes L, Bobadilla-del-Valle M, Cano-Arellano B, et al. Gender differentials of pulmonary tuberculosis transmission and reactivation in an endemic area. *Thorax*. 2006 Abr; 61:348-53.
4. World Health Organization. Tuberculosis and gender [página na internet]. [acesso 2010 Ago 07]. Disponível em: <http://www.who.int/tb/challenges/gender/en/index.html>
5. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET). Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Indicadores que caracterizam a situação da tuberculose na Paraíba. João Pessoa (PB): Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba; 2011.
6. Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev Esc Enferm USP*. 2005 Mai; 39(4):450-9.
7. Ministério da Saúde (BR). Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): FUNASA/CRPHF/SBPT; 2002.
8. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.
9. Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev Esc Enferm USP*. 2005 Mai; 39(4):450-9.
10. Buss PM. Saúde, sociedade e qualidade de vida [página da internet]. Fiocruz: 2003 [acesso 2005 Fev 06]. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=8&inford=34>
11. Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde: porque ainda não! *Saúde Soc*. 2004; 13(1):14-24.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica 4ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

13. Sá LD, Oliveira AAV, Souza KMJ, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. *Rev Enferm UFPE* [online]. 2010 Jul-Set [acesso 2010 Set 03]; 4(3):178-86. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1216/pdf_150
14. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Out-Dez; 16(4):712-8.
15. Almeida CM, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília (DF): Organização Panamericana da Saúde; 2006.
16. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 Jan-Mar; 13(1):154-60.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro (SP/RJ): Hucitec-Abrasco; 2004.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 2009.
19. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003 Jan; 8(2): 569-84.
20. Lima MB, Mello DA, Morais AP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2001 Jul-Ago; 17(4):877-85.
21. Silva ACO, Sousa MCM, Nogueira JA, Motta MCS. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. *Rev Eletr Enf* [online]. 2007 [acesso 2010 Jul 03]; 9(2):402-16.. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a09.pdf>
22. Oliveira SAC, Ruffino Netto A, Villa TCS, Vendramini SHF, Andrade RLP, Scatena LM. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009 Mai-Jun; 17(3):361-7.
23. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatena LM, Villa TCS, Ruffino Netto A. A acessibilidade de doentes de tuberculose ao tratamento em serviços de saúde ao município de Ribeirão Preto - SP (2006-2007). In: Ruffino-Netto A, Villa TCS, organizadores. *Tuberculose: pesquisas operacionais*. Ribeirão Preto (SP): FUNPEC; 2009. p. 48-55.
24. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes). Brasília (DF): SAS/DAPE; 2008.
25. Besen CB, Souza Netto MS, Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde Soc*. 2007 Jan-Abr; 16(1):57-68.
26. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública*. 2005 Jan-Fev; 21(1):200-6.
27. Queiroz R. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2008.

Correspondência: Lenilde Duarte de Sá
Rua da Falésia; Casa B 05; Condomínio Village Atlântico Sul
58.045-550 – Praia do Seixas, João Pessoa, PB, Brasil
E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br