

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

NAYANNA PEREIRA DINIZ DÁLIA ALENCAR

**TUBERCULOSE NO IDOSO: VISÃO SOBRE A DOENÇA, A
ASSISTÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NO CONTEXTO FAMILIAR**

**JOÃO PESSOA-PB
2009**

NAYANNA PEREIRA DINIZ DÁLIA ALENCAR

**TUBERCULOSE NO IDOSO: VISÃO SOBRE A DOENÇA, A
ASSISTÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NO CONTEXTO FAMILIAR**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Nível Mestrado do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba- Campus I, vinculada a área de concentração Enfermagem em Saúde Pública e inserida na linha de pesquisa Epidemiologia e Saúde e no Grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose na Paraíba, em cumprimento as exigências para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jordana de Almeida Nogueira

**JOÃO PESSOA-PB
2009**

A368t Alencar, Nayanna Pereira Diniz Dália
Tuberculose no idoso: visão sobre a doença, a assistência e suas implicações no contexto familiar/ Nayanna Pereira Diniz Dália Alencar. – João Pessoa, 2009.
120p.:il.
Orientadora: Jordana de Almeida Nogueira
Dissertação (Mestrado) – UFPb - CCS

1.Tuberculose - Idoso. 2. Serviços de Saúde. 3. SUS – Política operacional. 4. Família - Condições de tratamento.

UFPb/BC

CDU: 616-002.5(043)

NAYANNA PEREIRA DINIZ DÁLIA ALENCAR

**TUBERCULOSE NO IDOSO: VISÃO SOBRE A DOENÇA, A
ASSISTÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NO CONTEXTO FAMILIAR**

APROVADO EM ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

**Prof^ª. Dr^ª. Jordana de Almeida Nogueira-Presidente
(Universidade Federal da Paraíba)**

**Prof^ª. Dr^ª. Raimunda Medeiros Germano- Membro
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte)**

**Prof^ª. Dr^ª. Lenilde Duarte de Sá- Membro
(Universidade Federal da Paraíba)**

**Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília Romero de Miranda Henriques- Membro
(Universidade Federal da Paraíba)**

DEDICO a meus pais Vânia e Phydias Alencar e a todos os idosos, especialmente, àqueles que fizeram parte desta pesquisa, com a esperança de viver com mais dignidade e melhor qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Neste momento, ofereço meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que estiveram de alguma forma, envolvidos no desenvolvimento desta pesquisa, e que, com certeza, foram fundamentais para a sua concretização. Deste modo, muito obrigada...

À Deus, nosso Pai, por ser a luz e a força maior que conduz os meus passos em todos os momentos da minha vida;

À Nossa Senhora de Fátima, pela oportunidade concedida por meio da Vossa intercessão para a concretização deste objetivo;

*Aos meus pais **Phydias da Silva Alencar e Vânia Maranhão Pereira Diniz Dália Alencar**, meus maiores exemplos de vida, pela motivação, força e amor constantes;*

Ao meu irmão “Fidoca”, pelo incentivo, apoio e cumplicidade no decorrer desses anos;

*À **Franklin Carvalho**, que sempre se fez presente nesta caminhada como meu companheiro e grande incentivador, compartilhando de um amor sublime, capaz de superar todos os obstáculos;*

*Aos meus avós, **Joaquim Urias de Carvalho Alencar (vovô Urias)** (in memoriam), **Dinary Dália (vovó Dinary)** (in memoriam), **Manoel Pereira Diniz (vovô Diniz)** (in memoriam) e **Yvonnete Maranhão Souza Diniz (vovó Neta)**, pois tenho absoluta certeza que estão olhando por mim e torcendo por minhas realizações, me enviando força e fortalecendo-me diante das dificuldades encontradas e pelos exemplos e ensinamentos de vida que me foram passados;*

*À minha amiga, professora e orientadora **Dr^a Jordana de Almeida Nogueira (ou simplesmente Jô)**, pela competência e dedicação com a qual conduziu a construção deste trabalho, contribuindo para o meu aprendizado e para o despertar de um interesse maior pela pesquisa e pela educação;*

*À minha amiga e professora **Dr^a Lenilde Duarte de Sá**, pela atenção, carinho, apoio e incentivo no trilhar desta caminhada, bem como pelos valiosos ensinamentos e importantes contribuições na elaboração desta obra;*

*À **prof^a Dr^a Maria Emília Romero de Miranda Henriques**, pelos ensinamentos que nos proporcionou ao longo desta caminhada e pelas contribuições como membro da banca examinadora;*

*À **prof^a Dr^a Raimunda Medeiros Germano**, pela disponibilidade e pelas contribuições oferecidas como membro efetivo da banca examinadora;*

*Aos **Colaboradores do Estudo**, que dispuseram de seu tempo, e pela confiança em partilharem conosco suas experiências;*

*Aos **profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e do Complexo Hospitalar Clementino Fraga**, pelas contribuições durante a fase de construção do material empírico;*

*Ao **Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UFPB)**, por ampliarem os nossos horizontes, através dos conhecimentos compartilhados e nos motivarem para a constante busca do saber;*

*Aos **colegas e companheiros de turma**, pela maravilhosa convivência, através da amizade e união ao longo desta importante etapa de nossas vidas e pelas trocas de informações na convivência para além das salas de aula;*

*A **todos os integrantes da REDE TB**, pela parceria nesse período e por toda a ajuda prestada. Em especial agradeço a **Arleusson Ricarte**, pela colaboração com a coleta de dados;*

*Aos **funcionários do mestrado**, por serem prestativos e atenciosos em todos os momentos em que deles precisei;*

Ao amigo e médico Dr. Lupicínio Farias Torres, por me ouvir e me apoiar no momento em que mais precisei, pela boa vontade e atenção a mim dispensada nesses últimos meses da conclusão da dissertação;

Às amigas Angélica, Vanessa e Marina, que por vários momentos estiveram ao meu lado me apoiando e me ajudando a transpor tantos contratempos que surgiram durante esses dois anos;

Enfim, a todos que rezaram e torceram por mim, contribuindo assim para o meu êxito acadêmico e pessoal.

Eu agradeço



*Para o idoso, a vida se renova a cada dia.
 Para o velho, a vida se acaba a cada noite.
 O idoso tem o privilégio da vida longa.
 O velho é quem perdeu a jovialidade.
 A idade causa o envelhecimento das células,
 A velhice, o envelhecimento do espírito.
 Você é idoso quando sonha.
 Você é velho quando apenas dorme.
 Você é idoso quando ainda aprende.
 É velho quando já nem ensina.
 Você é idoso quando se exercita.
 É velho quando somente descansa.
 Você é idoso quando tem planos.
 É velho quando só sente saudades.*

*Enquanto as rugas do idoso são bonitas porque foram sulcadas pelo sorriso,
 As rugas do velho são feias porque foram vincadas pela amargura.*

*O idoso curte a vida,
 Enquanto o velho sofre com a proximidade da morte".*

Marcello Balzan

ALENCAR, Nayanna Pereira Diniz Dália. Tuberculose no idoso: visão sobre a doença, a assistência e suas implicações no contexto familiar. 2009. 120f Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

RESUMO

O aumento populacional de idosos vem ocasionando um incremento relativo da carga de doenças crônicas nessa faixa etária, como é o caso da Tuberculose (TB). Estima-se que a população com 60 anos ou mais, representa o maior reservatório da doença. Dentre os fatores que explicam o aumento da incidência da doença entre os idosos pode-se elencar: redução da eficácia do sistema imunológico, reativação de focos endógenos, sobreposição de doenças crônicas debilitantes, situação sócio-econômica precária, moradias insalubres, confinamento, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, quadro clínico atípico retardando diagnóstico, falta de atenção ou despreparo das equipes de saúde quanto à possibilidade da doença acometer esta faixa etária. Este estudo objetivou avaliar a percepção dos idosos com TB acerca da doença e a relação estabelecida com os serviços de saúde e a família. Pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados. No período de julho a setembro de 2008, foram entrevistados 8 usuários em tratamento de TB, com idade acima de 60 anos, residentes no município de João Pessoa- PB. A análise do material empírico fundamentou-se na técnica de Análise de Conteúdo, que resultou em três Unidades Temáticas: 1) Percepção de idosos acometidos por TB: conceitos, transmissão e fatores determinantes; 2) A relação entre a pessoa idosa com TB e familiares: peculiaridades do idoso; e 3) Atenção a pessoa com TB nos serviços de saúde: o descompasso entre a dimensão política operacional do SUS e a prática das equipes de saúde. O estudo demonstrou que a percepção dos idosos acerca de sua condição de saúde orienta suas escolhas de cuidados e tratamentos, bem como a forma de conviver com a TB. Apresentam noções distorcidas sobre contaminação e transmissão e falta de compreensão dos avanços científicos no que diz respeito aos cuidados e tratamentos. Apesar de vivenciar atitudes preconceituosas nas relações familiares, manifestam necessitar de apoio dos parentes para supervisão medicamentosa e deslocamento aos serviços de saúde. Ao avaliar a percepção do idoso quanto à atenção dispensada pelos serviços de saúde, evidencia-se nos discursos que as limitações impostas pelas Unidades de Saúde da Família (dias e horários para atendimento) ocasionam a procura e deslocamento da assistência para os serviços especializados. As equipes de saúde da família, por sua vez, não se responsabilizam pelo acompanhamento dos casos, tornando-se meros dispensadores de medicamentos. Ressalta-se que a maior susceptibilidade de adoecer por TB agravadas pela deterioração social advinda da velhice, impõe aos gestores locais, a necessidade de criar estratégias que promovam a inclusão deste grupo aos serviços de atenção básica.

Palavras-Chave: Tuberculose. Idoso. Serviços de Saúde.

ALENCAR, Nayanna Pereira Diniz Dália. **Tuberculosis in the aged: view of the disease, the assistance and its implications for the family context.** 2009. 120f Dissertation for Master's Degree in Nursing – Centre of Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2009.

ABSTRACT

The population growth of the aged had provoked a relative development of chronic diseases in this age group, as the tuberculosis. It is estimated that the population aged 60 and above represents most of the victims of the disease. From among the factors that explain the increase of disease incidence in the aged, we can cite: reduction of the efficacy of the immune system, reactivation of endogenous nidus, superposition of debilitating chronic diseases, precarious socioeconomic situation, insalubrious habitation, confinement, difficulties of access to health service, atypical clinical features that retards the diagnosis, lack of attention or unpreparedness of the health team regarding the possibility of the disease in striking this age group. This research aims at evaluating the perception of the aged with tuberculosis about the disease and the relation established with the family and the health service. This research has a qualitative approach, with a semi-structured interview as instrument of data collection. Between June and September of 2008, 8 patients were interviewed, all above 60 years, dwelling in João Pessoa-PB. The analysis of the corpus was based on Content analysis. The analysis demonstrates three Thematic Units: 1) Perception of the aged stricken by tuberculosis: conception, contagion and determinants; 2) The relationship between the aged with tuberculosis and the relatives: peculiarities of the aged; and 3) Care towards the person with tuberculosis in the health service: the disharmony between the operational political dimension of SUS and the practices of the health team. The research demonstrates that the perception of the aged about their conditions of health guides their choices of cares and treatments, as well as the way of dealing with tuberculosis. It shows altered notions about contagion, transmission and lack of understanding of the scientific advances regarding the cares and treatments. In spite of living prejudiced attitudes in family relationships, they need help of their relatives to supervise the use of medicines and the leading towards the health services. In evaluating the perception of the aged regarding the care dispensed by the health services, it becomes evident in their speeches that the imposed limitations by Family Health Units (days and timetables of service) provoke the search and leading of the assistance to the specialized services. The Family Health teams, in turn, do not become responsible for watching the patients, and so, they merely prescribe the medicines. It is important that the susceptibility to tuberculosis worsened by the social problems coming from the old age imposes the need to create strategies that provide the inclusion of this age group in basic care services.

Key-words: Tuberculosis. Aged. Health services

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO 18

1.1 A “VELHA” TUBERCULOSE E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS 18

1.2 OBJETIVOS 24

CAPÍTULO 2

2. REFERENCIAL TEORICO 26

2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO E POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO 26

2.2 VELHICE, ENVELHECIMENTO E O APARECIMENTO DA TUBERCULOSE NOS IDOSOS. 31

2.3 PECULIARIDADES DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TB EM IDOSOS. 36

2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: estratégia de organização do modelo assistencial no SUS 40

CAPÍTULO 3

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 50

3.1 TIPO DE ESTUDO. 50

3.2 OS SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO 51

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO 52

3.4 UNIVERSO EMPÍRICO DO ESTUDO 56

3.5 TÉCNICA DE ANÁLISE 57

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS 59

CAPÍTULO 4

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 62

4.1 UNIDADE TEMÁTICA I: PERCEPÇÃO DE IDOSOS ACOMETIDOS POR TUBERCULOSE: conceitos, transmissão e fatores determinantes 62

4.2 UNIDADE TEMÁTICA II: A RELAÇÃO ENTRE A PESSOA IDOSA COM TUBERCULOSE E FAMILIARES: peculiaridades do idoso	74
4.3 UNIDADE TEMÁTICA III: ATENÇÃO A PESSOA COM TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: o descompasso entre a dimensão política operacional do SUS e a prática das equipes de saúde	83
CAPÍTULO 5	
5. CONSIDERACOES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICE 1- ROTEIRO PARA ENTREVISTA	114
APÊNDICE 2-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO AOS IDOSOS COM TUBERCULOSE	117
ANEXO- CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	120

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: MAPA DA PARAÍBA E A LOCALIZAÇÃO DOS SEIS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS	53
FIGURA 2: DIVISÃO ADMINISTRATIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE. MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA	53
FIGURA 3: COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE POR TODAS AS FORMAS NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA- 2001/2008	54
FIGURA 4: COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE POR 100.000 HAB SEGUNDO FORMA CLÍNICA, SEXO E FAIXA ETÁRIA-JOÃO PESSOA-2007	55

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS OITO IDOSOS COM TUBERCULOSE. JOÃO PESSOA-2008	51
---	-----------

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BK+ NOTIFICADOS NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2007, SEGUNDO DESFECHO TERAPÊUTICO. JOÃO PESSOA/PB	55
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AC	Antes de Cristo
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHCF	Complexo Hospitalar Clementino Fraga
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DOTS	Directly Observed Treatment
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DS	Distrito Sanitário
HIV	Human Immunodeficiency Vírus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PB	Paraíba
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose

PPD	Derivado Protéico Purificado
PSF	Programa de Saúde da Família
REDE TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SINAN	Sistema de Informação de Notificação de Agravos Notificáveis
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TS	Tratamento Supervisionado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

Capítulo 1

1. INTRODUÇÃO

1.1 A “VELHA” TUBERCULOSE E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

A designação Tuberculose (TB) veio do latim *tuberculum* que significa protuberância ou inchaço. Sendo também conhecida como tísica, escrófula, grande peste branca, consunção e moléstia dizimadora, é uma doença milenar. As lesões causadas pela tuberculose foram encontradas nas vértebras de múmias egípcias, datando cerca de quatro mil anos atrás. Em 2.000 a.C., persas e chineses já se referiam à tísica. Também foi identificada nos tempos bíblicos, como forma de castigar os transgressores das escrituras (SILVA, 2005).

A história da TB no mundo representa o resultado do equilíbrio dinâmico entre espécies do gênero *Mycobacterium* e o homem. Após sua introdução na Europa, o *Mycobacterium Tuberculosis* causou gradualmente um número crescente de infecções, estabelecendo-se como epidemia e provocando infecções subagudas de elevada mortalidade. A seleção de indivíduos naturalmente resistentes determinou uma modificação no padrão de sua apresentação e, progressivamente, a TB se transformou em doença infecciosa crônica endêmica (FREITAS; PY; NERI, 2002).

Em 2006, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou a existência de 9,2 milhões (139 por 100.000 habitantes) de casos novos e uma prevalência de 219 casos por 100.000 habitantes, sendo que 80% dos casos se concentram em países localizados na Ásia, África e América do Sul. No Brasil, em 2006, foram notificados 94 mil casos de TB, com incidência de 50 casos por 100.000 habitantes, considerando todas as formas da doença. Desta forma, o Brasil se situa na 16ª posição da lista dos 22 países com maior carga de TB no mundo (UNAIDS; WHO, 2004; OPAS; OMS, 2005; WHO, 2006; WHO, 2008).

O aumento da incidência da TB, segundo Tarantino (2002), relaciona-se com o afrouxamento das políticas de controle da doença, o aumento na epidemia pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o crescimento de cepas do *Mycobacterium tuberculosis* resistentes às drogas antituberculosas, os grandes movimentos migratórios, o envelhecimento da população, alguns fatores que se associam à desinformação sobre nutrição, promoção da saúde e prática de vida saudável e com o aumento geral da miséria. Quanto a este aspecto, vale salientar que bolsões de pobreza nas cidades mais populosas constituem terreno fértil para a disseminação da tuberculose, pois a pobreza por si só contribui decisivamente para a manutenção de um quadro geral propício ao avanço da doença.

Nota-se que a tuberculose é um agravo que está em estreita relação de determinação com o desenvolvimento histórico social. Estabelece-se uma relação na qual o seu processo patológico pertence e tem como fatores determinantes as condições sociais de vida e o contato com o bacilo. Segundo Nascimento (1991) e Vicentin (2000), a participação institucional no combate a doença mostra que as diferentes orientações da estratégia política e econômica em períodos historicamente distintos, condicionaram o papel do Estado frente a alguns dos mais relevantes problemas sanitários do país, sendo o principal controlador no processo da tuberculose.

Estudos reforçam uma maior incidência da doença junto às classes populares menos favorecidas, em que de 36,5% dos pacientes são trabalhadores da economia informal. Apesar dessa associação da doença com precárias condições de vida, as políticas de controle da TB têm valorizado os fatores biológicos como seu principal determinante. Além disso, os métodos e estratégias que foram aplicados ao longo do tempo para combatê-la sempre estiveram em correspondência com o saber técnico-científico (CALIARI; FIGUEIREDO, 2007).

Sabe-se, atualmente, que o controle e a regulação da doença não dependem de tecnologia complexa, e sim, de ações integradas e permanentes no âmbito da atuação primária, bem como na melhoria das condições de vida e redução das desigualdades sociais. Nesse sentido, concorda-se com Franco e Mehry (2003) que a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos Serviços de Saúde.

Entretanto, essa incapacidade dos gestores de saúde em controlar a enfermidade se deve a anos de engajamento público limitado, compromisso político insuficiente e também a operacionalização inconsistente dos programas de controle da tuberculose no país. Com o propósito de reverter este quadro, diversas iniciativas vêm sendo adotadas mundialmente. Desde 1993 a Organização Mundial da Saúde recomenda a implementação da estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), buscando garantir a adesão ao tratamento. O Tratamento diretamente Supervisionado (DOTS) se manifesta como uma solução inovadora por ser capaz de modificar o cenário epidemiológico da tuberculose no mundo. Definida como a mais efetiva estratégia disponível para o controle da tuberculose na atualidade, este tratamento está formado por cinco componentes: compromisso governamental nas atividades básicas de controle da tuberculose; detecção de caso por baciloscopia em todo paciente sintomático respiratório que espontaneamente procure o serviço de saúde; esquemas de tratamento padronizados de seis a oito meses para, pelo menos, todo caso bacilífero, com

tratamento diretamente supervisionado durante no mínimo os dois meses iniciais; suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados; um sistema de registro e notificação de casos que permitam o acompanhamento dinâmico dos resultados de tratamento de cada paciente e do PCT como um todo (MUNIZ; VILLA, 2002; TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

Em 2000, a adoção da Declaração de Amsterdã para Combater a TB (Stop-TB Partnership) constituiu uma importante iniciativa para agregar compromissos políticos de alto nível em um esforço global renovado para o controle da tuberculose. Os governos dos países com as maiores cargas de TB se comprometeram, entre outras coisas: expandir o acesso ao tratamento em regimes supervisionados; garantir recursos financeiros e humanos adequados para apoiar sua implementação; monitorar e avaliar seus programas nacionais de TB de acordo com os padrões estabelecidos pela OMS; assegurar “a qualidade, o acesso, a transparência e o pronto fornecimento” de medicamentos contra a doença; apoiar as parcerias com as ONGs e com a comunidade (AMSTERDAM DECLARATION, 2000; RUFFINONETTO, 2006).

Em consonância com a política e as estratégias do STOP-TB, o governo brasileiro se comprometeu a mudar a desconfortável posição que ocupa. Uma das ferramentas capazes de ocasionar mudanças expressivas nos indicadores epidemiológicos da tuberculose seria produzir progressivamente alterações na dinâmica de acessibilidade do usuário ao sistema de saúde (CAMPOS, 2007). Historicamente, as ações de controle da tuberculose se estruturaram em ambulatórios especializados, sendo operacionalizados por equipes qualificadas. Mudanças nesta conformação exigiriam a descentralização das ações de controle da TB para o âmbito da atenção básica, significando oportunidade para expansão do alcance das atividades de controle da doença, pois as decisões ficariam mais próximas da população e os recursos seriam mais efetivos, o que facilitaria o acompanhamento dos casos.

Deste modo, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) redefine suas diretrizes ao propor a descentralização das ações de controle da TB para os níveis locais. Assim, é esperado que os serviços de saúde se organizem e as Equipes de Saúde da Família (ESF) incorporem em suas atividades a responsabilidade pelo desenvolvimento do controle da tuberculose. Desta forma, elas devem estar capacitadas para realizar a suspeição e o diagnóstico dos potenciais casos, tratar e supervisionar a ingestão medicamentosa dos casos diagnosticados, acompanhar os contatos, manter atualizado o sistema de informação e realizar ações educativas e preventivas (BCG, quimioprofilaxia) junto à comunidade (BRASIL, 2002b).

No Brasil, a estratégia DOTS estava disponível, em 2002, somente para 35% da população. No entanto, a cobertura aumentou 34%, em 2003, e a taxa de detecção de caso em 18%, resultando em taxa da detecção de 55% dentro das áreas com cobertura DOTS. A taxa do sucesso do tratamento com a utilização do DOTS, em 2002, era de 75%, com 18% dos pacientes em abandono ou transferência (VENDRAMINI; et.al., 2007).

Em 2005, uma avaliação da OMS englobando os 22 países que mais concentram casos de tuberculose no mundo indicava que a taxa de cura da doença no Brasil (81%) era a nona pior entre todos os países analisados. A cobertura populacional dos serviços de saúde que aplicavam o tratamento supervisionado (68%) era a segunda pior, melhor somente que a Nigéria (65%). Embora este índice venha apresentando melhoras nos últimos anos, o Brasil não havia atingido as metas internacionais previstas para o controle da tuberculose na época da avaliação (BARREIRA; GRANJEIRO, 2007).

Oportunamente, ressalta-se que as ações para controle da TB vêm se consolidando nas práticas de saúde de maneira gradativa. Todavia, é importante assinalar que as Equipes de Saúde da Família devem estar preparadas para reconhecer as diversidades que emergem no contexto social em que atuam e valorizar as peculiaridades da clientela que assistem.

Nesta direção suscita a atenção para o envelhecimento populacional em todo o mundo, um acontecimento incontestável. Neste contexto, o Brasil ocupa o décimo quarto lugar entre os países com maior número de idosos. Estima-se que entre os anos de 1975 a 2025, a população idosa terá crescido 224%, enquanto a população geral crescerá 102%, ou seja, crescerá dezesseis vezes contra cinco vezes do crescimento da população geral. Em termos absolutos, isto significará, em 2025, a sexta maior população de idosos do mundo, ou seja, 32 milhões de indivíduos, apresentando características que os diferenciam do restante da população (BEZERRA; SANTO; FILHO; 2005; FUNDAÇÃO SEADE, 2001; SUZUKI, 2003).

Diferentemente da velocidade com que os países desenvolvidos se adaptaram a esta mudança demográfica, a população brasileira se tornou idosa repentinamente à custa de avanços na medicina e de outros fatores como o controle da natalidade. A descoberta de vacinas e antibióticos diminuiu a mortalidade por doenças infecto-contagiosas, fazendo com que a sobrevivência dos indivíduos aumentasse sensivelmente. O rápido processo de envelhecimento da população brasileira, apesar de recente, vem sendo ressaltado na produção científica e nos fóruns de discussão sobre o assunto, apontando que estas mudanças demográficas e epidemiológicas vêm ocasionando um incremento relativo da carga das

doenças crônicas, deslocando a incidência para outras faixas etárias como é o caso da tuberculose.

De acordo com os estudos de Chairmowicz (2001), os fatores que contribuem para o aumento da incidência de tuberculose nos idosos são, por um lado, o crescimento desta população, e por outro, a eficácia da vacinação BCG e conseqüente redução da incidência nas crianças e nos adultos jovens. Considera-se, ainda, as precárias condições de vida de muitos desses idosos e a baixa de imunidade decorrente do próprio desgaste fisiológico normal. Além disso, nos próximos 50 anos deverá ocorrer expressivo aumento dos casos de reativação endógena em pacientes idosos que pode determinar elevada mortalidade uma vez que o diagnóstico é dificultado nessa faixa etária.

O processo de envelhecimento é dinâmico, apresentando modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos. Infectados pelo bacilo nas primeiras décadas do século passado, os idosos estão sujeitos não só a reativação de lesões latentes em virtude de alterações imunitárias associadas ao envelhecimento, mas também a reinfeção exógena, especialmente em asilos, caso tenham logrado êxito na erradicação do bacilo (FREITAS; PY; NERI, 2002; VENDRAMINI; et al, 2002).

Estima-se que a população com 60 anos ou mais, dentre todos os grupos étnicos, ambos os sexos, representam o maior reservatório da tuberculose. Existem razões básicas que explicam a maior incidência da doença entre os idosos, pois muitos deles foram infectados quando não existiam recursos terapêuticos ou profiláticos. Acresce-se o fato do envelhecimento reduzir a eficácia do sistema imunológico, o que pode permitir que as bactérias inativas sejam reativadas, bem como ao maior risco de exposição decorrente do convívio em situação asilar ou abrigos (MERCK, 2006).

O tempo decorrido entre o início da doença e o diagnóstico da tuberculose também é mais prolongado nesses indivíduos, possibilitando o agravamento do quadro e a disseminação da doença. Deste modo, as taxas de mortalidade são mais altas nessa parcela da população. A sintomatologia escassa e as dificuldades quanto à realização e a interpretação de exames complementares, com grande número de doenças associadas, frequentemente dificultam ou impedem o diagnóstico precoce da doença (REBELATTO; MORELLI, 2004).

Frente aos problemas específicos associados a TB em idosos, acima tratados, Davies (2001) afirma que as mortes por tuberculose vão aumentar de três milhões por ano para cinco milhões em 2050. Este fato explica a importância de um maior controle sobre os novos casos

da doença, seja na supervisão terapêutica dos indivíduos acometidos e/ou na aplicação das medidas preventivas para toda a população de risco. Os serviços de atendimento à saúde devem estar estruturados de modo a aperfeiçoar ações voltadas à saúde da população por intermédio do conhecimento atualizado das causas e manejo das doenças, para assim reduzir as diferenças de oportunidades entre os distintos grupos populacionais (STARFIELD, 2002).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), “o problema não está nas formas de detecção e de tratamento disponíveis para tuberculose e sim, na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB”. O manejo dos casos não exige simplesmente uma abordagem clínica, mas sim, uma política para o controle da doença inserida no sistema de saúde que proporcionem instrumentos que assegurem uma atenção equânime (OGDEN et al., 2003; WHO, 1999). Portanto, tal processo não deve ser apenas discutido por suas implicações sociais, mas também, pela necessidade de estruturação de um modelo assistencial que contemple o segmento idoso de forma integral, superando os desafios representados por novas demandas sociais e de saúde (BEZERRA; SANTO; FILHO, 2005).

Outro fator de extrema importância diz respeito à família do doente, pois a recomendação para que os cuidados aos idosos sejam desenvolvidos no domicílio está ganhando mais força, muitas vezes de maneira incauta por parte dos profissionais de saúde. Delegar à família a função de cuidar necessita de clareza sobre a estrutura familiar, o tipo de cuidado a ser executado, o tempo necessário, as características da doença e o acompanhamento profissional. Em países onde o envelhecimento populacional se deu mais lentamente do que no Brasil, os cuidados e os cuidadores familiares são objetos de políticas e programas de Saúde Pública (KARSCH, 2003).

Dada a magnitude do problema da tuberculose acometendo idosos, em franco crescimento no país, associado às peculiaridades específicas dessa faixa etária, como por exemplo: as alterações psicológicas, deficiência imunitária, as condições de vida e de moradia, a dificuldade em se estabelecer o diagnóstico diferencial e precoce da tuberculose nessa clientela específica. Além de considerar a relevância desse tema como campo pouco investigado, este estudo procura ampliar as investigações e aprofundar a discussão sobre esse fenômeno específico.

Nessa direção, este estudo propõe analisar segundo a percepção de idosos acometidos por Tuberculose, a compreensão e sentimentos emergentes no decorrer da doença, as experiências vivenciadas relativas ao convívio familiar, reações dos familiares/cuidadores, bem como suas concepções sobre a assistência recebida pelos serviços de saúde. A reflexão

sobre essa problemática motivou a elaboração deste estudo, norteado pelos seguintes questionamentos: Qual a percepção do idoso acometido de tuberculose acerca da doença? Como o idoso doente de TB percebe sua relação com os familiares e com o Serviço de Saúde?

A possibilidade de enfrentamento para as questões formuladas permitiu a elaboração dos seguintes objetivos:

1.2 OBJETIVOS:

Geral:

- Analisar a percepção do idoso com tuberculose sobre a doença e a relação estabelecida com os serviços de saúde e a família.

Específicos:

- Identificar a percepção de idosos com tuberculose acerca da doença;
- Descrever sua percepção sobre a relação estabelecida com os serviços de saúde e com a família mediante o diagnóstico e tratamento de TB.

Capítulo 2

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO E POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO:

*“A verdadeira função do homem é viver, não apenas existir”
Jack London*

O envelhecimento da população brasileira é um reflexo resultante, dentre outros fatores, do aumento da expectativa de vida devido aos avanços que o sistema de saúde vem conquistando. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população com 60 anos ou mais no País corresponde a 8,6% da população total (cerca de 14 milhões, dados do Censo de 2000). Projeções demográficas indicam que este número poderá ultrapassar, nos próximos 25 anos, a marca dos 30 milhões (BRASIL, 2006).

No Brasil, o número de idosos passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (aumento de 500 % em 40 anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. No ano de 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de indivíduos idosos, com uma representação de 15% da população nacional, quando um em cada sete brasileiros fará parte do contingente idoso da população e teremos uma expectativa de vida ao nascer de aproximadamente 73 anos (IBGE, 2000; RAVAGNI, 2004; ZAGO, 2004).

As mulheres têm expectativa de vida nitidamente mais elevada que os homens, devido à sobremortalidade masculina nas primeiras diversas idades. Os diferenciais na expectativa de vida média, a partir dos 60 anos, entre as regiões, são maiores para as pessoas do sexo feminino. De modo que, em 1991, as mulheres do Sudeste que alcançassem os 60 anos, viveriam em média mais 2,4 anos do que as mulheres nordestinas na mesma idade. Em 1997 essa relação passa a ser entre o Sul e o Nordeste, com as sexagenárias sulistas vivendo em média 2,47 anos a mais que as mulheres que atingiam os 60 anos no Nordeste (BRASIL, 2007).

Em relação a este fato, Minayo (2002) mostra que o Brasil dobrou o nível de esperança de vida ao nascer em relativamente poucas décadas, em uma velocidade muito maior do que os países europeus, os quais levaram cerca de 140 anos para envelhecer. A esperança de vida ao nascer dos brasileiros era de 33,7 anos em 1900, passando para 43 anos

em 1950, ampliou-se para 65 em 1990, chegando a quase 70 anos no início do novo século e a previsão é de que se ultrapassem os 75 anos em 2025. Segundo Zago (2004), o desenvolvimento social e econômico, a melhora do saneamento básico, da alimentação e da educação, associados à evolução da medicina, têm elevado acentuadamente a expectativa média de vida dos brasileiros.

No Estado da Paraíba, em 1991, a população total era de 3.201.144 pessoas. Destes, 289.756 pessoas (9,1%) tinham 60 anos ou mais. Em 2000, a população passou para 3.443.825, com 350.566 (10,2%) idosos, uma porcentagem maior que a média nacional de 8,6%. Aquino (1998) acrescenta que a Paraíba é um dos Estados do país com maior índice proporcional de idosos, fenômeno decorrente do declínio da fecundidade, aumento da longevidade, movimentos migratórios e da dinâmica populacional do Estado.

Com relação ao envelhecimento no estado da Paraíba, Paschoal, Salles e Franco (2005) ressaltam o movimento de migração rural interna, no qual onde os jovens deixam os seus idosos no local de origem, acentuando o envelhecimento nas regiões menos desenvolvidas do país. Na cidade de João Pessoa, o Censo de 2000 (IBGE, 2002) demonstrou que a proporção de residentes idosos com idade igual ou superior a 60 anos é de 8,1%, sendo a média da Paraíba de 10,2%.

Concomitante a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil organiza-se para responder as crescentes demandas da população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, tendo sido regulamentada dois anos depois através do Decreto n.1948, de 3 de julho de 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei Nº 8.842/94 e Decreto Nº 1.948/96). De acordo com a PORTARIA 1395/GM, a população idosa não poderá ser excluída do processo de conjunto que trata de ações preventivas, curativas e promocionais, objetivando a melhor qualidade de vida ao idoso (GURIAN; OLIVEIRA, 2002).

Por conseguinte, em 1999, a Portaria Ministerial 1.395/99 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, considerando a necessidade do setor saúde dispor de uma política relacionada à saúde desta clientela. O Ministério da Saúde (MS) através de consulta a diferentes segmentos sociais e aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas,

projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Esta política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 1999).

Em 2002 é proposta a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS 702/2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2002). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria SAS/MS 249/2002).

Diante disso, em setembro de 2003, após sete anos tramitando no Congresso, o Estatuto do Idoso foi aprovado e sancionado pelo presidente da República, ampliando os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos. Elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos, o Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade para as necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Mais específico que a Política Nacional do Idoso (de 1994, que dava garantias à terceira idade), o Estatuto do Idoso institui penas severas para quem despreze ou abandonar cidadãos da terceira idade. Este estatuto se destina a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, afirmando que o idoso passará a usufruir não somente da integralidade dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, mas especialmente de uma proteção integral, o que de certa forma se assemelha com outros grupos vulneráveis, bem como com outras leis, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2006)

Dispõe o art. 8º, do referido diploma legal: O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção (...). E o art. 9º: É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2006 p. 11).

Segundo o Estatuto do Idoso, há a necessidade de se prestigiar e respeitar os mais velhos, os quais devem ser tidos como seres do mais elevado acato e reverência, em que o direito ao envelhecimento digno é a sua tônica principal. Cumprindo a norma, não somente fica evidente seu caráter de imposição de condutas e de comportamentos, mas um papel de cunho pedagógico, eis que vivemos em uma sociedade que lamentavelmente esquece os idosos, sobretudo os mais necessitados, tratando-os com descaso, deferindo-lhes um tratamento desumano e cruel. Diante de tais condições, ainda acrescenta-se o inciso III ao art. 133, do código penal: “Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono: (...)§ 3º- As penas aumentam de um terço, se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos” (BRASIL, 2006 p.56).

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a operacionalização ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos e a ampliação da Estratégia de Saúde da Família revelam a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social. Além disso, a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornou imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

No ano de 2006, diferentes debates demandaram a criação de uma nova proposta de pactuação sobre o funcionamento do SUS. Tratou-se, primeiramente, de um diálogo iniciado há mais de dois anos entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) sobre suas respectivas responsabilidades. Esse diálogo entre as três esferas do governo proporcionou novas orientações quanto ao funcionamento do SUS que foram encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde. Estas novas orientações, depois de discutidas e aprovadas pelo CNS em fevereiro de 2006, resultaram no que se chamou de *Pacto Pela Saúde* (SCHNEIDER et.al., 2007).

Em fevereiro de 2006, foi publicado através da Portaria/GM nº 399, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, o qual contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentadas uma série de ações que visam, em última instância, a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. Definidas as prioridades nacionais, os estados e municípios devem estabelecê-las segundo o contexto e as necessidades locais. Para que essas prioridades expressem a realidade nacional,

estadual, regional e municipal, elas devem estar em profunda consonância entre si (SCHNEIDER et.al., 2007).

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que efetivamente o Sistema Único de Saúde dê respostas eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestora Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria GM/MS 702, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria 249, de 16 de Abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestora Tripartite.

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e as idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população que teve por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar. Diante dessa conjuntura e tendo como finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, recuperar, manter e promover a autonomia e a independência desses indivíduos, direcionou-se medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Portanto, considera-se:

- ✓ O contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;
- ✓ Os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;
- ✓ O conhecimento atual da Ciência;
- ✓ O conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;
- ✓ A necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;
- ✓ O compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b)

- fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento;
- ✓ Escassez de recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

Há a necessidade de enfrentamento de desafios como:

- ✓ A escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;
- ✓ Número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;
- ✓ A escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- ✓ A implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 1999).

2.2 VELHICE, ENVELHECIMENTO E O APARECIMENTO DA TUBERCULOSE NOS IDOSOS:

“O homem deve ser o sujeito de sua própria educação”

Paulo Freire

Não se fica velho aos 60 anos, o envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam

que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice.

Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas (PLANO DE MADRI, Art. 6º, 2002).

Desde a antiguidade, a velhice tem sido associada à dependência e a perda do controle sobre a própria vida, mesmo para atos corriqueiros e banais de sobrevivência. A teoria médica, biológica e psicológica, na maioria das vezes, tende a confirmar o envelhecimento como tempo de declínio e decadência. Assim, a velhice tem sido pensada, quase sempre, como um processo degenerativo, oposto a qualquer progresso ou desenvolvimento. Parece até que nessa etapa da vida deixa de existir o potencial de desenvolvimento humano (PAPALÉO NETTO, 1999).

O termo “dependência” se liga a um conceito fundamental na prática geriátrica: a “fragilidade”. A fragilidade é definida por Hazzard et. al. (1994) como: “Uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente”. Essa condição é observada em idosos, ou naqueles mais jovens que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzam sua capacidade de se adaptar ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco.

A dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente, e sim, um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados (CALDAS, 2003).

No tocante ao conceito de velhice, Vieira (1996) a define como sendo uma etapa da vida que se segue à maturidade e que apresenta efeitos específicos sobre o organismo do ser humano, devido o passar dos anos e vem sendo pejorativamente encarada como fase de doenças, de deteriorações e “rbugices”. A mesma autora define envelhecimento como o “fenômeno do processo de vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças bio-psico-sociais específicas, associadas à passagem do tempo”.

Segundo Papaléo Netto (2002), o envelhecimento é um processo e a velhice é uma fase da vida, em que com o avanço do processo de desgaste o indivíduo se torna idoso. O processo natural do envelhecimento em fases avançadas da vida é definido como envelhecimento normativo. O somatório das alterações do envelhecimento normal, orgânica, funcional e psicológica se define por senescência ou senectude. Já as modificações que acometem a pessoa idosa caracterizam a senilidade.

Do ponto de vista gerontológico, a promoção do envelhecimento ativo, caracterizado pela experiência positiva de longevidade com preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo, são elementos importantes para garantir condições de vida dignas aos idosos (WHO, 2002).

As modificações morfológicas e fisiológicas, que ocorrem no organismo neste curso de envelhecimento, diminuem a capacidade da pessoa de se adaptar ao meio em que vive, deixando o idoso mais vulnerável e exposto aos processos patológicos. Os efeitos do envelhecimento biológico normal no indivíduo idoso podem ser observados em todos os aparelhos e sistemas do organismo: muscular, ósseo, nervoso circulatório, pulmonar, endócrino, imunológico (VANDERVOOT, 2000).

Ao se definir “envelhecimento com dependência”, destaca-se a questão da prevalência de patologias crônicas nesse grupo etário, essa cronicidade observada na maioria dos idosos necessita de uma abordagem abrangente para ser bem avaliada, já que as doenças crônicas podem ser incapacitantes ou não. Portanto, faz-se necessário classificar a incapacidade em graus de dependência: leve, parcial ou total. É exatamente o grau de dependência que determina os tipos de cuidados que serão necessários (CALDAS, 2003).

Estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que não menos que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades. A presença de uma ou mais enfermidade crônica, no entanto, não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar suas atividades de maneira independente. De fato, a maioria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sem necessidade de ajuda, mesmo sendo portador de uma ou mais enfermidade crônica (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Entretanto, esses mesmos estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, medicar-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de

cadeiras e camas. Percebe-se, então, que a pessoa idosa portadora de alguma doença, ou de várias doenças, tem em seu organismo a soma das modificações normais que acontecem no envelhecimento natural com as alterações produzidas pelas enfermidades que ocorrem simultaneamente (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Portanto, o processo de envelhecimento se deve dar de forma saudável, ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Faz-se importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem com falta de recursos e falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses, estão aqueles que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatas, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais.

Devido a todas as alterações peculiares desta clientela específica, com o passar dos séculos, evidencia-se que além das doenças crônico-degenerativas de cunho não infeccioso, há uma tendência ao aparecimento de doenças crônicas infecciosas, como é o caso da tuberculose. Decorre que a baixa imunidade característica desta faixa etária, propicia o aparecimento da doença determinado pela reativação de focos latentes, oriundos de infecções antigas, superando os casos adquiridos na comunidade. Daí a noção de que os idosos são os “reservatórios” da TB (FREITAS; PY; NERI, 2002).

A comparação da prevalência da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* por faixa etária, em regiões desenvolvidas e subdesenvolvidas, auxilia a compreensão desse fato. Enquanto 80% dos infectados na Europa têm idade > ou igual a 50 anos, 77% dos infectados na África têm idade < ou igual a 50 anos (embora, entre os idosos, mais de 90% sejam infectados). Isso se deve a menor proporção de jovens na população européia e à menor prevalência de infecção nessa faixa etária, determinada pela queda progressiva do risco de infecção ocorrida no último século. Por outro lado, deve-se a maior proporção de jovens (e de infectados jovens) em países não-industrializados, com elevado risco de infecção, no qual apenas cerca de 10 a 15% da população ultrapassam os 50 anos de idade (FREITAS; PY; NERI, 2002).

À medida que a luta antituberculose vai dando resultados, a primo infecção tende a se deslocar da infância para a idade adulta. Assim sendo, a TB na velhice passa a ser considerada como um surto tardio da primo-infecção do adulto. Esta, mesmo vencida, deixa lesões em estado de latência que as defesas orgânicas mantêm quiescentes. Pacientes com testes cutâneos positivos geralmente abrigam microorganismos viáveis dentro de macrófagos e podem manter esta relação equilibrada hospedeiro-parasita durante décadas. A maioria dos

casos de TB reflete reativação de microorganismos em seu estágio dormente e são chamados de “reativação de TB” (ABRAMS, et.al, 1995; TARANTINO, 2002).

Esses focos latentes podem se reacender pelas mais variadas causas e produzir uma doença diferente da primo-infecção que se chama reativação endógena. A reinfecção do adulto pode ocorrer por vários mecanismos, pelo aporte maciço de bacilos provenientes do meio ambiente e que vencem aquele estado de equilíbrio: é a chamada reinfecção exógena. Podem, entretanto, surgir condições debilitantes como infecções intercorrentes, diabetes, enfim, um conjunto de causas responsáveis pela imunodepressão, que favorecem o despertar de lesões latentes da primo-infecção (reativação endógena) e, finalmente, um contágio maciço e prolongado pode, à semelhança de um choque tuberculínico, concorrer para aquele despertar (reativação endógena por estímulo exógeno) (ABRAMS, et.al, 1995; TARANTINO, 2002).

Assim, o incremento da expectativa de vida dos idosos, a vacinação em larga escala com BCG reduzindo a incidência de infecção em jovens, o aumento da eficácia do tratamento, reduzindo a cronicidade da doença, também tendem a deslocar a incidência de TB para faixas etárias mais avançadas. A proporção de casos se elevou de 10,5% para 12,2% entre 1986 e 1996 (FREITAS; PY; NERI, 2002).

Por ter sua transmissão preferencial ligada à via aérea, a doença encontra no idoso um sistema respiratório senescente, com redução de seus mecanismos de defesa, o que aumenta ainda mais o risco de infecção e de adoecimento a partir de reativação de focos latentes. Esta maior suscetibilidade à doença pode ser explicada pela depressão das defesas orgânicas na idade avançada, incluindo as alterações na função imune, no clearance mucociliar e na função pulmonar. Além disso, as inúmeras condições imunossupressoras associadas tais como diabetes, insuficiência hepática, insuficiência renal, desnutrição e terapia prolongada com corticosteróides também podem contribuir de forma decisiva no desenvolvimento da lesão tuberculosa (CAVALCANTE; ALBUQUERQUE; CAMPELO, 2006).

Além desse desgaste orgânico que vai ocorrendo ao longo dos anos, surgem outros problemas próprios da senilidade representados, sobretudo, pelos fatores psicológicos que acabam por se traduzir em estados depressivos, resultantes de inúmeros fatores, tais como: solidão, abandono e inconformismo com a idade. Estes quadros depressivos associados ao desgaste orgânico próprio da idade, também levam a alterações nas defesas orgânicas e na função imune, predispondo o idoso ao adoecimento (TARANTINO, 2002).

2.3 PECULIARIDADES DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TB EM IDOSOS:

“Os pacientes chegam aos hospitais morrendo de tuberculose sem nunca ter tido acesso aos serviços de diagnóstico”

Margareth Dalcolmo.

A partir da emergência da velhice como fenômeno social no Brasil, foi possível verificar maior preocupação dos profissionais de saúde em direcionar suas práticas para a atenção às peculiaridades do idoso. A tuberculose no idoso é um problema de saúde emergente e complexo, devido não só a doença em si, mas a presença de outras características ou fatores que favorecem a gravidade da doença (TARANTINO, 2002).

Muitas pessoas da terceira idade possuem noções limitadas acerca da relação que existe entre os seus hábitos de vida e as doenças e afecções. Isso significa que as suas necessidades e os eventuais fatores de risco para a ocorrência da doença devem ser identificados e levados em consideração (PICKLES; COMPTON; COTT, 2000). Estes autores ainda acrescentam que existem aspectos especiais que precisam ser levados em consideração por quem lida com esta população específica, pois os mesmos não constituem um grupo homogêneo, sendo citadas:

- ✓ As idades das pessoas deste grupo podem variar entre 60 e mais de 100 anos, portanto, os indivíduos mais jovens entre eles apresentam necessidades e exigências diferentes daquelas do grupo mais velho;
- ✓ Precisam ser focalizados o bem-estar e a qualidade de vida, com a redução dos índices de morbimortalidade e o prolongamento da vida destes usuários;
- ✓ Deve-se existir um *feedback* apropriado entre o idoso e a equipe de saúde, visando aumentar as qualificações pessoais e a autonomia dos mesmos;
- ✓ Muitos idosos estão sob os cuidados de membros da sua família ou do cônjuge. Estes familiares também constituem um importante papel diante do tratamento;
- ✓ A deficiência cognitiva é de observação rara nas pessoas com menos de 75 anos de idade. Toda estratégia que for adotada precisa dedicar atenção especial a este problema que ocorre com maior frequência no grupo etário acima dos 75 anos.

A tuberculose senil é insidiosa e dificilmente se anuncia de modo ruidoso. Anorexia progressiva, adinamia, dispnéia, alteração da cognição, emagrecimento sem causa aparente (considerado em alguns casos normais da idade), sudorese noturna, febrícula vespertina

(podendo estar ausente nos debilitados ou desnutridos) e astenia se inscrevem freqüentemente no quadro da doença, enquanto que a redução da expansibilidade torácica e da elasticidade alveolar reduzem a freqüência e a eficácia da tosse (seca e rebelde) que pode vir acompanhada de hemoptise. O exame de escarro direto é praticamente negativo, sendo necessário recorrer ao lavado broncoscópico e à cultura, mas é o exame radiológico o grande elemento para o diagnóstico. A tuberculose senil prefere as bases pulmonares (ABRAMS, et.al, 1995).

Estudos apontam para o atraso do diagnóstico da doença causado pela presença concomitante de outros problemas como: Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Carcinoma Broncogênico, Pneumonias e Embolia Pulmonar. Este atraso é justificado pela tentativa de encontrar essas doenças “mais comuns” em detrimento da propedêutica específica da TB (FREITAS; PY; NERI, 2002; SANTANA; TAKAGAKI, 2007; TARANTINO, 2002).

Os principais estudos diagnósticos são o teste cutâneo, as radiografias de tórax e as culturas de escarros. O teste cutâneo preferido é realizado pela injeção intradérmica de Derivado Protéico Purificado (PPD), na superfície medial ou dorsal do antebraço. O BCG administrado na infância não é responsável por um PPD positivo muitas décadas depois. Em pacientes idosos, um teste negativo deve ser seguido pela repetição do teste uma semana após, para atingir o “**fenômeno booster**” na detecção de reatividade que desapareceu com o tempo. A interpretação de um teste positivo é que a pessoa abriga microorganismos viáveis, embora o teste não vá distinguir aqueles com bacilos dormentes daqueles com doença ativa, esta distinção é feita por radiografias de tórax e culturas (ABRAMS, et.al, 1995).

O exame instituído para diagnóstico de TB nas unidades de saúde é a baciloscopia, que no idoso nem sempre é possível de ser realizada, pela menor freqüência de tosse eficaz e, portanto, de produção de escarro, bem como pelas limitações cognitivas, que geram problemas na coleta do exame. A confirmação bacteriológica da doença deve ser buscada, visto que, no idoso, os sintomas clássicos sugestivos da doença são menos freqüentes. Além do mais, o diagnóstico diferencial da TB no idoso é muito mais amplo, em decorrência do aparecimento de patologias graves que podem provocar dúvidas. Dessa forma, se o exame de escarro for negativo (todos os pacientes com suspeita de TB devem colher duas amostras de escarro matinais), métodos invasivos não devem ser descartados para a elucidação diagnóstica (ABRAMS, et.al, 1995; CAMPINAS; FERRAZOLI; TELLES, 2002). Como a TB pode se apresentar de forma atípica em radiografias de tórax, alguns especialistas recomendam que qualquer pessoa idosa que necessite de hospitalização por pneumonite, deva fazer pelo menos uma cultura de escarro para TB (ABRAMS, et.al, 1995).

O uso de drogas tuberculostáticas influencia na transmissão da tuberculose. Há uma diminuição da transmissão com o início do tratamento, devido à redução das populações bacilares e a quantidade de bacilos expelidos. Uma vez iniciado o tratamento, o paciente normalmente pára de transmitir a doença em no máximo 15 dias. No Brasil, o tratamento da tuberculose é padronizado e as drogas são distribuídas gratuitamente pelo Ministério da Saúde. Quando é realizado adequadamente, cura quase a totalidade dos casos novos (BRASIL, 2008; VERONESI; FOCACCIA, 2002).

Entretanto, a adesão ao tratamento extrapola a abordagem que reduz as necessidades de saúde aos aspectos clínicos e biológicos, especialmente quando se trata da tuberculose, que está diretamente associada à estruturação social. A inserção das pessoas na sociedade determina condições para o fortalecimento/limitações perante a vida, e as desigualdades sociais tornam os indivíduos vulneráveis ao desenvolvimento da enfermidade. A adesão ao tratamento transcende a clínica tradicional e está relacionada à forma como o paciente concebe a doença e como vive e à organização dos serviços de saúde (TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

É mister acrescentar que variáveis como renda familiar, tipo de habitação, condições de nutrição, adensamento comunitário podem determinar quais os locais no espaço urbano detém um maior potencial de disseminação da tuberculose. São, principalmente, populações que vivem em ambiente socialmente fechado, como presídios, abrigos sociais ou de idosos, entre outros. Dentre as populações vulneráveis que se enquadram nesses aspectos estão os idosos, com características e peculiaridades que os diferenciam do restante da população.

Logo, para uma boa adesão desse usuário ao tratamento, faz-se necessário o conhecimento do usuário sobre sua doença, duração do tratamento, importância do uso dos medicamentos regularmente e das graves conseqüências da interrupção ou abandono do tratamento. Essas orientações devem ser feitas durante as consultas iniciais e subseqüentes, na tentativa de conscientizar o usuário da importância da sua colaboração. A escolha do esquema mais adequado leva em consideração a forma clínica da doença, a idade e a história de tratamento anterior e seu resultado (BRASIL, 2002a).

Diversos fatores contribuem para menor adesão ao tratamento em idosos. Doenças neurológicas e psiquiátricas, redução da acuidade visual ou auditiva, osteoartrite, doenças graves concomitantes e polifarmácia dificultam a compreensão da necessidade do tratamento, do esquema posológico e do manuseio e ingestão das drogas (FREITAS; PY; NERI, 2002).

Para aqueles com déficit de memória, é possível supervisionar o número de medicamentos que “restaram” ou utilizar mecanismos que facilitem ao idoso se lembrar de

tomar a medicação (calendários ou avisos), mas a supervisão direta da ingestão da droga é por vezes o único método possível para garantir a tomada correta da medicação, podendo ser feita no Centro de Saúde ou por familiares e vizinhos, os quais deverão ser previamente treinados, tornando-se co-responsáveis pela relação de ajuda, observa-se a importância do Tratamento Supervisionado nesses casos. Quanto mais simples o esquema posológico, maior as chances de resultados satisfatórios (FREITA; PY; NERI, 2002). Para facilitar o uso de medicação em pacientes não alfabetizados, deve-se separar os medicamentos para uso diário em frascos identificados, se possível, com tampas de cores diferentes, conforme o horário em que deverão ser tomados (VASCONCELOS et. al., 2005).

O tratamento da TB necessita de um ajuste de dose para os idosos, devido aos efeitos colaterais e a maior prevalência de hepatopatia, além da nefropatia nesta faixa etária. O esquema utilizado é a rifampicina, a isoniazida e a pirazinamida por 2 meses e depois a rifampicina e a isoniazida por 4 meses. Há necessidade do controle mensal pela baciloscopia, acompanhamento do quadro clínico e radiografia de controle a cada 2 meses. De acordo com o resultado, pode-se passar para o segundo esquema, o qual é acrescentado o etambutol (SANTANA; TAKAGAKI, 2007).

Estas recomendações precisam ser modificadas em usuários com cepas resistentes. Suspeita-se de resistência, pacientes que foram submetidos a tratamento anterior, naqueles com doença de aquisição recente, em imigrantes de áreas com alta prevalência de cepas resistentes e em pessoas que adquirirem a infecção através de contato com estas fontes. Como a maioria dos idosos adquiriu suas cepas originais muitas décadas antes, quando a taxa de resistência era nula, o esquema de tratamento já mencionado será adequado (ABRAMS, et.al, 1995).

É importante a obediência rigorosa das doses em relação ao peso corporal, pela maior tendência ao aparecimento de efeitos colaterais indesejáveis, devido à maior dificuldade de eliminação renal e insuficiência hepática. As drogas usadas por via oral podem ter dificuldades em entrar em circulação pela diminuição da absorção intestinal. Deve ser rigoroso o controle da função hepática. Esses pacientes devem ser monitorados clinicamente em relação às reações adversas, com atenção especial a sintomas que sugerem hepatite, por exemplo, icterícia, febre, anorexia e urina escura. Isto é especialmente importante no idoso que recebe isoniazida, já que a frequência deste efeito colateral mostra uma correlação com a idade. Os pacientes devem ser vistos ou fazerem contato pelo menos mensal durante o tratamento e interrogados especificamente a respeito destes sintomas.

Portanto, diante de tais peculiaridades relacionadas à tuberculose acometendo esta parcela da população, apresenta-se como desafio deste estudo, compreender segundo a ótica do idoso, suas concepções acerca da doença e as implicações que esta ocasiona no seu convívio com a família e nas relações estabelecidas com os serviços de saúde.

2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: estratégia de organização do modelo assistencial no SUS

“Se não fosse a mobilização popular, com o apoio técnico e político de profissionais, o SUS certamente não estaria sendo efetivado na contra-mão da histórica tendência neoliberal de privatização e precarização dos sistemas públicos de saúde. É a organização e a luta popular que fazem a diferença no Brasil”

Alessandra Schneider

O processo de envelhecimento da população brasileira não é discutido apenas por suas implicações sociais, mas também pela necessidade de estruturação de um modelo assistencial que contemple o segmento idoso de forma integral, superando os desafios representados por novas demandas sociais e de saúde (BEZERRA; SANTO; FILHO, 2005). Estas mudanças demográficas e epidemiológicas, com um incremento relativo da carga das doenças crônicas e de população mais idosa, apontam no sentido de uma valorização crescente da Atenção Primária à Saúde, estratégia imprescindível para um sistema de serviços de saúde voltado para as condições crônicas (MENDES, 2002).

O início do século XXI é considerado um marco mundial para a história das políticas públicas de saúde, visto que foi precedido por importantes fóruns realizados ao longo do século XX, como por exemplo, a Conferência Internacional em Alma-Ata (1978), promovida pela Organização Mundial de Saúde. Entre as diretrizes estabelecidas no evento, destaca-se a proposição da Atenção Primária à Saúde (APS), definida como um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde (ALEIXO, 2002).

A APS vem sendo adotada na história de diversos países para organizar e ordenar os recursos do Sistema de Saúde para que respondam de maneira apropriada as necessidades de suas populações. Essa concepção da APS como pilar da estruturação dos sistemas de saúde tende a superar visões mais restritas que a compreendem como um meio para ofertar serviços a populações marginalizadas ou unicamente como mais um nível de assistência. Ao invés disso, passa a ser direcionada para discriminar seus princípios e funções essenciais, propor e avaliar estratégias para sua organização e avaliar os resultados por ela obtidos (MENDES,

2002). Deve-se desenvolver por meio de um conjunto de ações práticas que requerem para sua implementação, grande pluralidade de atitudes, habilidades e conhecimentos técnicos e científicos de relativa complexidade.

Pode ser entendida como o nível de entrada no sistema de saúde, fornecendo atenção sobre a pessoa para todas as condições, além de coordenar e integrar a atenção obtida em outro lugar ou por terceiros. Representa a base do trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde e atua de modo a oferecer ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A APS enfoca os problemas de saúde mais prevalentes de cada grupo social. Suas ações visam a modificar as condições de vida da comunidade, em função do controle de fatores sociais e ambientais, além de hábitos e estilos de vida, com o propósito de estimular atitudes saudáveis e eliminar riscos (DOMINGUEZ, 1998; STARFIELD, 2002; ZURRO, PÉREZ, 1999).

Portanto, o acesso dos usuários aos serviços especializados e hospitalares só será possível através de uma referência formal do nível básico, exceto os casos de urgência e emergência. Neste sentido, pode-se considerar que os serviços de APS representam uma verdadeira “triagem” das necessidades de saúde da população, à medida que determinam quem, quando e para onde são encaminhados os usuários. Por outro lado, percebe-se que este caráter se torna importante por prevenir intervenções especializadas desnecessárias, mais caras e/ou que possam provocar efeitos adversos ou indesejáveis (GOMES, 2007).

Dentre os componentes fundamentais da APS, destacam-se: a educação em saúde; saneamento ambiental, especificamente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis (imunizações e planejamento familiar); prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Como atributos organizacionais e de desempenho, destacam-se seis princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. O primeiro contato é conhecido como porta de entrada e implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de cuidados e seu uso ao longo do tempo. A integralidade implica na prestação de serviços pela equipe de saúde ajustados às necessidades da população adscrita. A coordenação contempla a facilidade em acessar os demais níveis de atenção e a integração com os serviços de outros setores sociais. O enfoque familiar considera o indivíduo em seu contexto familiar e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. A orientação para a comunidade diz

respeito ao conhecimento dos trabalhadores de saúde sobre as necessidades dos usuários e o envolvimento na comunidade. Macinko, Almeida e Oliveira (2003) acrescentam a estes componentes, a formação profissional por considerarem importante para que os profissionais de saúde sejam capacitados para atuarem na atenção primária segundo estas dimensões.

No caso do setor de saúde brasileiro, o modelo legalmente instituído, praticado até 1988, estava estabelecido na Lei 6.229/75 que criava dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários. Esta concepção de modelo de atenção à saúde seguia em parte, a herança do pensamento médico ocidental do século XVIII descrito por Foucault, fundado no desenvolvimento da clínica e no surgimento do hospital, como forma de compreender a doença a partir da disfunção de seus elementos orgânicos e como espaço privilegiado de intervenção e sistematização de um saber sobre esta doença. De outra parte, havia influência da Escola Norte-Americana, via modelo flexneriano, fundamentado na especialização da medicina orientada ao indivíduo que também teve profundas repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo, na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

O modelo flexneriano, baseado num paradigma fundamentalmente biológico, gerou o culto à doença e não a saúde e a devoção a tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde. O modelo de atenção à saúde no Brasil ainda tem sido marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença, princípios definidores do modelo flexneriano (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005; STARFIELD, 2002).

Com os movimentos de reforma do setor de Saúde, em particular a Reforma Sanitária, que ocorreram amplamente na década de 1980, impulsionaram a reconfiguração dos Modelos de Atenção a Saúde até então vigentes e impuseram a reordenação da lógica de produção de serviços de saúde. Essas transformações ocorreram em meio ao processo de redemocratização da sociedade brasileira, de luta por direitos, sobretudo, civis e políticos e da universalização de vários direitos sociais, dentre os quais o direito à saúde.

As primeiras ações em direção à estruturação da APS no Brasil datam de 1982 com a institucionalização das Ações Integradas de Saúde (AIS). Todavia, foi com as lutas e discussões advindas do Movimento da Reforma Sanitária, que o país institucionalizou a saúde como “direito” e avançou em direção à construção de um Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (lei nº 8080/90 e lei nº 8142/90) que estabeleceram princípios de ordem, “ético-

doutrinária e organizacional-operativa. Os primeiros podem ser resumidos na universalidade, equidade e integralidade e os segundos na descentralização, regionalização, hierarquização da rede e participação social” (SHERER; MARINO; RAMOS, 2005, p.18).

O SUS conforma o novo modelo público de prestação de serviços e ações de saúde em âmbito nacional, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. Em sua concepção original, visa integrar os subsistemas de saúde pública e de assistência previdenciária, os ramos da medicina preventiva e curativa, bem como os serviços públicos e privados, em regime de contrato ou convênio, num sistema único e nacional, de acesso universal e igualitário, organizado de forma regionalizada, sob comando único em cada nível de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

O processo de construção do SUS vem oportunizando a expansão extraordinária dos espaços, nos quais têm sido introduzidas mudanças na organização dos serviços e nas práticas de saúde. O eixo em torno do qual vem se desdobrando esse processo, em todos os estados e praticamente em todos os municípios do país, resultou na transferência paulatina da responsabilidade de gestão pela Atenção Primária da Saúde (APS) (denominada no Brasil como Atenção Básica) aos gestores municipais. Esta funciona como porta de entrada do Sistema de Saúde (CORDEIRO, 1996; MS, 1998).

Algumas conclusões emergem sobre a teoria democrática participativa que considera o nível local como pressuposto para melhor realização da democracia participativa, pois é nesse nível onde são tratadas as questões que dizem respeito diretamente ao indivíduo e seu cotidiano (CLEMENTINO, 2008).

No âmbito das políticas públicas, a descentralização significa um processo de reestruturação interna ao aparelho de Estado que perpassa as várias esferas de governo, envolvendo aspectos políticos, administrativos, técnicos e financeiros. Como parte desse processo, a municipalização tem ocupado espaço privilegiado nessa discussão, marcadamente na área de saúde. Na dimensão política, a descentralização não é considerada um valor e um fim em si mesmo, mas uma condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Nesse sentido, cresce cada vez mais a idéia de que é preciso conferir mais poder àqueles que estão perto dos cidadãos e de suas necessidades. O município tem sido identificado como espaço privilegiado para a satisfação das demandas locais

(CLEMENTINO, 2008). Diante disto, propõe-se que os serviços de atendimento à saúde sejam estruturados pela sociedade de modo a aperfeiçoar a saúde da população por intermédio do conhecimento atualizado das causas e manejo das doenças, visando maximizar o bem-estar físico, emocional e social do cidadão, bem como, reduzir as diferenças de oportunidades entre os distintos grupos populacionais, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Essa estruturação da rede de atendimento básico vem sendo um enorme desafio para a maioria dos municípios do país. Dessa forma, a tarefa de coordenar em nível local o incremento da Atenção Básica com as demandas por média e alta complexidade e os princípios da integralidade do atendimento, parece ainda mais complexa. A integralidade da atenção como princípio do SUS é inquestionável, mas sem o fortalecimento da rede básica de serviços e mudança no modelo assistencial, sua implementação e resultados são extremamente incertos. A mudança do modelo assistencial é fundamental, ainda, para diminuir a dependência do setor público diante do setor privado, interessado diretamente na crescente medicalização e hospitalização dos procedimentos na área de saúde (BODSTEIN, 2002).

Nessa perspectiva, o enfoque dado à Atenção Básica com a implantação da Estratégia Saúde da Família, incorporando a experiência anterior do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) vem sendo considerada, como proposta prioritária para a reestruturação, não apenas da atenção, mas também, do modelo de assistência, no tangente a reorganização dos serviços de saúde. Tem o propósito de garantir para além da resolubilidade dos serviços, o estabelecimento de vínculos, a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população (MONNERAT, SENNA, SOUSA, 2002).

Com a aprovação da Norma Operacional Básica do SUS-NOB 96 (1996), a institucionalização do PSF ganha evidência significativa. A estratégia Saúde da Família se faz carro-chefe de um conjunto de medidas e iniciativas que visam o fortalecimento da Atenção Primária em respeito aos princípios e as diretrizes do SUS. Ancora-se na ação de uma equipe de saúde composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), ofertando serviços básicos a uma população adscrita (MENDES, 2002). Propõem-se como princípios chaves: definição do território; adscrição das famílias; cadastro; prontuário familiar e agenda. Como atividades prioritárias, propõem-se a ampliação do acesso às seguintes atividades: pré-natal; assistência à puerpera; criança, adolescente, adultos, idosos; pequenas cirurgias; coleta para exame

papanicolau; planejamento familiar; consulta ginecológica; controle da hipertensão, diabetes, DST, hanseníase, tuberculose e vigilância epidemiológica (BRASIL, 2006).

A rápida expansão desta estratégia e a ampliação do acesso aos serviços básicos especialmente para as populações mais carentes, por ela proporcionadas, garantiram o reconhecimento de sua importância. Ao longo dos últimos anos, foi incorporada ao discurso e nas agendas daqueles envolvidos com a gestão do setor saúde no país. A compreensão do seu caráter estratégico torna ainda mais crucial uma análise de sua concepção e implantação, uma avaliação das lacunas e deficiências a serem superadas, uma proposição de caminhos a serem seguidos para que venha efetivamente possibilitar a organização da APS no Brasil (MENDES, 2002).

O objetivo da Estratégia Saúde da Família se refere à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, buscando romper com o modelo positivista, o qual está centrado no hospital. Diferentemente do modelo tradicional, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu espaço físico e social, possibilitando as equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. Essa estratégia visa superar a fragmentação do cuidado, decorrentes da divisão social e técnica do trabalho e elege a família e seu espaço social como núcleo central da abordagem no atendimento à saúde. Representa desta forma, uma mudança substantiva no sentido da vigilância à saúde, da qual se espera um olhar interdisciplinar e uma prática intersetorial (FRANCO; MERHY, 2003).

Diante desta estratégia, o conceito de família transcende o aspecto biológico circunscrevendo outros elementos na relação familiar, como aspectos afetivos, domicílio comum, crença religiosa, costumes e práticas. O indivíduo deixa de ser visto como objeto de atenção isolado e passa a ser entendido como parte integrante de uma família, com seus aspectos particulares, ou seja, a pessoa passa a ser compreendida no seu núcleo familiar. Contempla, ainda, a formação de vínculos entre os profissionais da área e as famílias envolvidas, além do desenvolvimento de uma postura crítica e criativa ao encarar os problemas de saúde da comunidade (MENDES, 2002).

A família significa para os trabalhadores a realização de um modo de vida, o cuidado com as crianças e os idosos, o afeto familiar, a busca do lazer, as relações de parentesco e as divisões de tarefas, não podem ser compreendidas por análises centradas na dinâmica econômica da sociedade. É na família que o indivíduo experimenta uma vivência de coletividade e de liberdade. A vida familiar constitui um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para o amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a

memória, para a transmissão de conhecimentos e informações e para a compensação da pouca escolarização com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato direto. Em família se possui uma estratégia de sobrevivência para o presente, constrói-se um projeto para o futuro e se avalia o que foi passado (VASCONCELOS, 1999).

Ainda de acordo com o autor supracitado, a valorização da família tão forte nas classes populares é resultado do modo como os indivíduos vivem sua condição de classe com seus desejos, projetos e limites e não produto da imposição de valores próprios de outras categorias e classes sociais. Nesse sentido, a vida doméstica e comunitária não é isolada, mas inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo. A família se apresenta como mescla de conformismo às exigências sociais e como forma fundamental de resistência contra essa mesma sociedade.

A valorização da família nos serviços públicos pode ser implementada de dois modos: abordando os problemas individuais, usualmente atendidos em sua rotina, através da intervenção no nível de suas origens e repercussões familiares; bem como prestando apoio intensivo a famílias vivendo situações de crise que colocam em risco a vida de seus membros. Essa modalidade vem da constatação de que as famílias em situação mais precária tendem a ficar a margem dos serviços que orientam seu atendimento pela demanda espontânea da situação (VASCONCELOS, 1999).

Diante dessa conjuntura, destaca-se o social como determinante das condições de saúde da população, favorecendo-se o entendimento de que os cuidados de saúde devem extrapolar a dimensão individual, atingindo também o núcleo familiar e a comunidade, ou seja, os cuidados de saúde devem abranger o indivíduo e seu contexto social. Identificar o usuário como sujeito pertencente a determinado núcleo familiar e inserido em um contexto sócio-cultural específico é uma exigência de grande relevância para a produção de cuidados integrais, já que a prática da integralidade se harmoniza com o conceito ampliado de saúde, ou seja, com a visão da saúde como um retrato dos modos de vida das pessoas. Portanto, requer a habilidade dos profissionais em perceber as necessidades dos usuários, em compreender o contexto específico da relação entre o usuário e a equipe de saúde a fim de nortear a eleição das intervenções a serem ofertadas, tornando-as mais adequadas. Trata-se de uma prática intersubjetiva, na qual o profissional de saúde se relaciona com um sujeito que pensa, sente, julga, deseja. Em outras palavras, os profissionais de saúde devem desenvolver relações intersubjetivas, nas quais o usuário assuma a condição de sujeito e não de objeto (MATTOS, 2004).

Essa integralidade exige que a Atenção Primária reconheça adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. É o ponto de entrada para a atenção à saúde, o lócus da responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do usuário. A forma pela qual é formulada para prestar os serviços e de como fazê-lo de forma adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

O princípio da integralidade em saúde deve impulsionar o desenvolvimento de práticas, que resgatem a autonomia dos sujeitos, pois um cuidado que não ajuda os outros a se ajudarem não pode ser considerado integral. O cuidado é capaz de tutelar ou emancipar pessoas. Desenvolver o protagonismo de sujeitos e fomentar cidadanias é o objetivo mais alto das práticas de saúde permeadas pelo princípio da integralidade (PIRES, 2005).

Os serviços públicos necessitam repensar sua tradição autoritária e normatizadora de relação com o mundo popular. Ao invés de estruturarem suas práticas no fornecimento de serviços e bens que substituam as iniciativas da família, devem centrar suas ações no seu fortalecimento, apoiando a recomposição dos vínculos afetivos internos e a sua reintegração na rede de solidariedade social local. É preciso superar a visão corrente entre os profissionais e os gestores a respeito da incapacidade das pessoas de cuidarem de si mesmos. É preciso ainda construir na cultura institucional uma tolerância com a diversidade humana, de forma que os profissionais compreendam as diferenças de raça e de cultura presentes na sociedade brasileira e, assim, as respeitem politicamente (VASCONCELOS, 1999).

Diante do exposto, a heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, somado ao fator da tuberculose, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento em questão. Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento associado ao grau de dependência, com todas as suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam. Mulheres, minorias, pessoas de baixo poder sócio-econômico e idosos são particularmente consideradas populações vulneráveis. Este estudo se direciona para a questão do idoso, com todas as suas

características e peculiaridades, associado à imagem da tuberculose que por si só, já se faz carregada de estigmas e preconceitos, fazendo desse grupo específico, duplamente vulnerável.

É notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção. Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não deve se restringir apenas ao controle e prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social.

Capítulo 3

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO:

Estudo de abordagem qualitativa que propõe compreender sob a óptica de idosos em tratamento de tuberculose, aspectos relacionados ao conhecimento acerca da doença, caracterizar as experiências vivenciadas por eles relativas ao convívio familiar, reações dos familiares/cuidadores e sentimentos emergentes no decorrer da doença, bem como suas concepções sobre a assistência recebida pelas equipes de saúde. Para Minayo (1999, p. 23) este tipo de estudo é apropriado para as questões que indagam sobre uma realidade específica, “que tem carga histórica e reflete posições frente à realidade, momento do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações de classes e de grupos determinados”.

A autora acrescenta que a pesquisa qualitativa propõe a subjetividade como fundante do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, não se preocupando em quantificar, mas de lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais e resultados da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum (MINAYO, 2000). Logo, busca explorar as compreensões subjetivas das pessoas a respeito de sua vida diária, estando relacionada aos significados que as pessoas atribuem as suas experiências do mundo social e como as pessoas compreendem esse mundo, tentando interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão (POPE; MAYS, 2005).

No caso específico desta investigação o enfoque qualitativo é adequado ao interesse de compreender aspectos relativos à assistência dirigida a um grupo especial, os idosos com tuberculose. Segundo Oliveira (2005), o enfoque qualitativo permite oferecer contribuições no processo de mudanças, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

Para atingir os objetivos deste estudo e aprofundar o conhecimento acerca do fenômeno, buscou-se a partir de depoimentos e vivências expressas por idosos em tratamento de tuberculose, identificar a percepção sobre a doença e a assistência prestada pelos Serviços de Saúde e sua implicação no convívio familiar. Nesse sentido, a natureza qualitativa do

estudo torna-se pertinente porque privilegia os significados que traduzem as visões de mundo que os sujeitos sociais introjetam sobre determinados aspectos da realidade.

3.2 OS SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO:

A população integrante deste estudo foi composta por 8 idosos, sendo 5 do sexo masculino e três do sexo feminino, na faixa etária de 62 a 77 anos, que estavam em tratamento de tuberculose (cujo diagnóstico médico foi confirmado em diferentes épocas) e residentes no município de João Pessoa-Paraíba (Quadro 1). A amostra foi do tipo intencional e o critério utilizado para inclusão foi estar há pelo menos um mês de tratamento. Este período foi selecionado por entender que nos primeiros dias de tratamento seria precoce a emissão de opiniões a respeito da doença e da assistência recebida pelas equipes de saúde. Também como critério de inclusão dos sujeitos considerou-se ser domiciliado no município de João Pessoa e aceitar a participação na pesquisa.

No Quadro 1 são apresentadas algumas características dos idosos com Tuberculose participantes do estudo. Para manter o anonimato de todos os participantes, na apresentação dos depoimentos, utilizou-se a seguinte codificação: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8, representando os colaboradores do estudo. Também, os nomes das pessoas citadas pelos colaboradores foram substituídos por letras fictícias, garantindo o sigilo que assegura a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Sujeito	Sexo	Idade	Estado Civil	Ocupação	Recursos de Saúde
E1	M	63a	Casado	Agricultor/Aposentado	SUS
E2	M	69a	Casado	Agricultor/Aposentado	SUS
E3	M	66a	Casado	Agente Administrativo	Plano de Saúde e SUS
E4	F	77a	Casada	Técnica de Laboratório/Aposentada	Particular/Plano de Saúde e SUS
E5	F	64a	Casada	Do lar/Aposentada	Particular e SUS
E6	F	62a	Casada	Técnica de Enfermagem/Aposentada	Plano de Saúde e SUS
E7	M	68a	Casado	Comerciante/Aposentado	SUS
E8	M	68a	Solteiro	Vendedor Ambulante/Aposentado	SUS

Sexo M- masculino

F- feminino

Quadro 1-Caracterização dos oito idosos com Tuberculose. João Pessoa, 2008.

Nos meses de Maio e Junho de 2008, foram feitos os contatos com os Distritos Sanitários e a Secretaria Municipal de Saúde na busca por estes usuários. Após três encontros com a coordenadora da Seção de Tuberculose, e utilizando os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foi constatado que todos os idosos que estavam em tratamento de tuberculose, residentes no município de João Pessoa, faziam acompanhamento no ambulatório de pneumologia do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF). Por meio deste banco de dados, foram localizados 13 pacientes em tratamento, com idade acima de 60 anos.

Num segundo momento foi feito contato com o profissional responsável pelo setor de Pneumologia do CHCF, por meio do qual foi possível ter acesso a identificação dos pacientes, respectivos endereços e telefones residenciais. De posse destas informações estabeleceu-se contato com os prováveis colaboradores, sendo agendados, local, dia e horário para realização das entrevistas. Ressalta-se que alguns colaboradores foram localizados com a ajuda dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde das unidades de saúde da família.

Do total de pacientes identificados: 01 se recusou a participar da pesquisa, alegando não ser portador de tuberculose; 02 não puderam ser localizados devido ao fornecimento de endereços e telefones incorretos; 01 tinha 98 anos de idade, acamado, impossibilitando a entrevista, e 01 havia terminado o tratamento há poucos dias, ficando, portanto fora da amostra, restando um total de 8 pacientes.

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO:

Elegeram-se como cenário para o desenvolvimento deste estudo o município de João Pessoa, considerado um dos municípios prioritários pelo Ministério da Saúde para o controle da TB (Figura 1). Segundo dados do IBGE (2008), João Pessoa, capital do estado da Paraíba, possui uma população de 674.762 hab. e uma área territorial de 210,55 km² (0,3 % da superfície do estado), o município tem atualmente 64 bairros com uma área bruta de 160,76 Km². Limita-se ao norte com o município de Cabedelo através do rio Jaguaribe; ao sul com o município do Conde pelo rio Gramame; a leste com o Oceano Atlântico; e, a oeste com os municípios de Bayeux pelo rio Sanhauá e Santa Rita pelos rios Mumbaba e Paraíba, respectivamente.

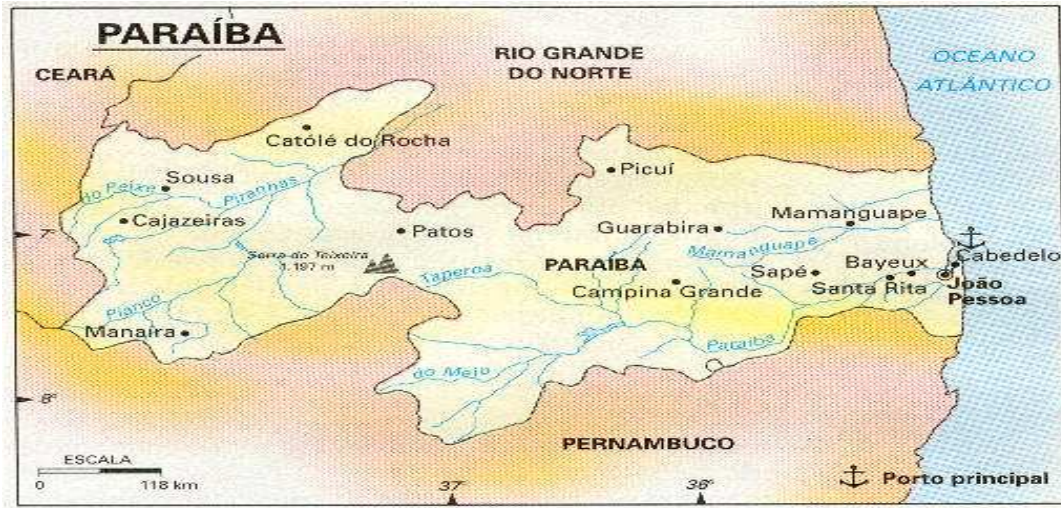


FIGURA 01: Mapa da Paraíba e a localização dos seis municípios prioritários

Fonte: <http://www.emepa.org.br>

A rede de serviços de saúde está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários (Figura 2), que recortam toda a extensão territorial da cidade, sendo o maior deles o Distrito Sanitário III, que engloba uma população de 179. 229 habitantes, distribuída em 14 bairros. Para cada distrito, existe um diretor responsável pelo controle das atividades de saúde executada nas respectivas dimensões geográficas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2008).

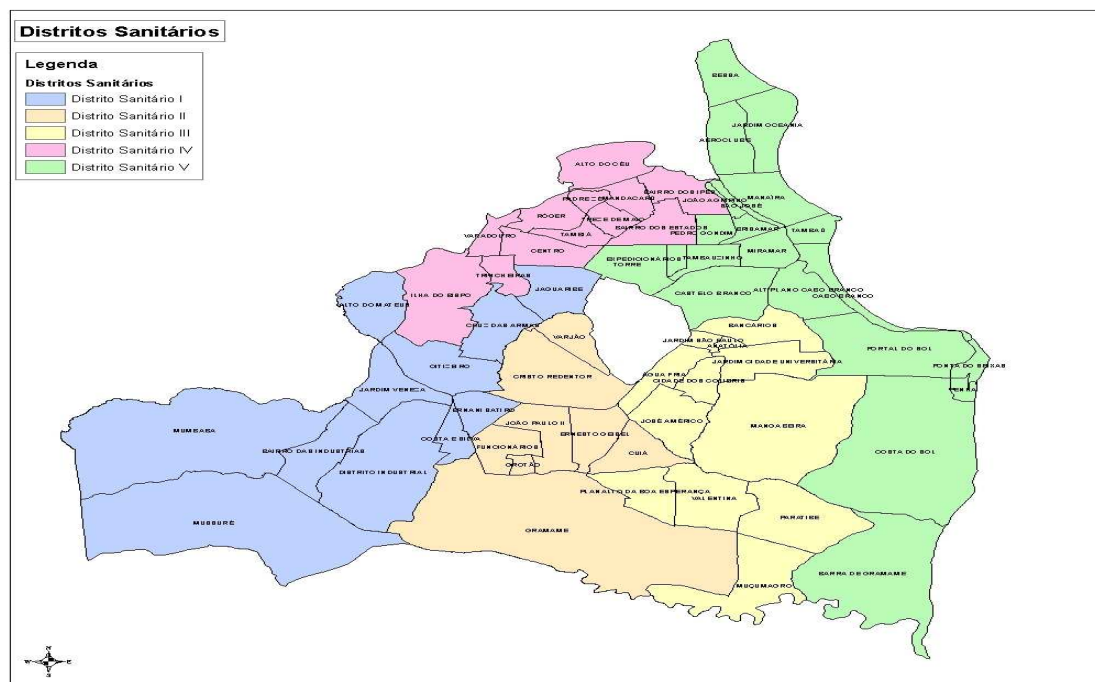


FIGURA 2: Divisão administrativa da rede de serviços de saúde. Município de João Pessoa

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. João Pessoa-PB

Atualmente, as ações de controle da tuberculose são realizadas por 180 Equipes de Saúde da Família, 03 Centros Especializados e 02 hospitais de referência. Convém ressaltar que a maior parte dos casos residentes no município são diagnosticados pelo ambulatório de pneumologia do Complexo Hospitalar Clementino Fraga, Unidade de Referência Estadual para diagnóstico e tratamento de doenças transmissíveis, considerado ainda principal porta de entrada para os casos de tuberculose. Destaca-se que esta unidade oferece incentivos para os pacientes atendidos (vale transporte e café da manhã), ficando as USFs do município como receptoras dos casos posteriormente transferidos (LIMA, 2008).

Em relação aos coeficientes de incidência da tuberculose no período de 2001 a 2008 (Figura 3), observa-se que nos anos 2001, 2003, 2004, 2005 e 2007, o município apresentou coeficientes acima de 50 casos por 100.000 habitantes, valores superiores a média nacional.



FIGURA 3: Coeficiente de incidência de Tuberculose por todas as formas no município de João Pessoa - 2001/2008

Fonte: SINAN/DAS/SMS/2008 (Dados parciais compreendendo o período de janeiro a agosto de 2008)

Quanto a situação de encerramento dos casos novos BK +, segundo corte do primeiro semestre de 2007 (Tabela 1), verifica-se melhores percentuais de cura (88,4%) e abandono (3,8%) para os casos em regime terapêutico supervisionado (DOTS), não havendo registro de óbito neste período.

TABELA 1: Distribuição percentual de casos novos de tuberculose BK+ notificados no primeiro semestre de 2007, segundo de desfecho terapêutico. João Pessoa/PB.

Estudos de Coorte dos casos novos BK (+)					
João Pessoa - 1º sem 2007					
Situação	DOTS		Não DOTS		
	N	%	N	%	
Cura	23	88,4	27	67,5	
Abandono	01	3,8	07	17,5	
Óbito	-	-	02	5,0	
Transferencia	02	7,8	04	10,0	
Falência	-	-	-	-	

Fonte: SINAN/ DAS/ SMS/ 2008

No que concerne ao coeficiente de incidência por TB, segundo forma clínica, sexo e faixa etária (Figura 4), observa-se predomínio de formas pulmonares, no sexo masculino, na faixa etária entre 20 a 49 anos. Vale destacar, que apesar de inferiores a faixa etária citada, os dados apresentados indicam alta ocorrência de casos no grupo acima de 50 anos.

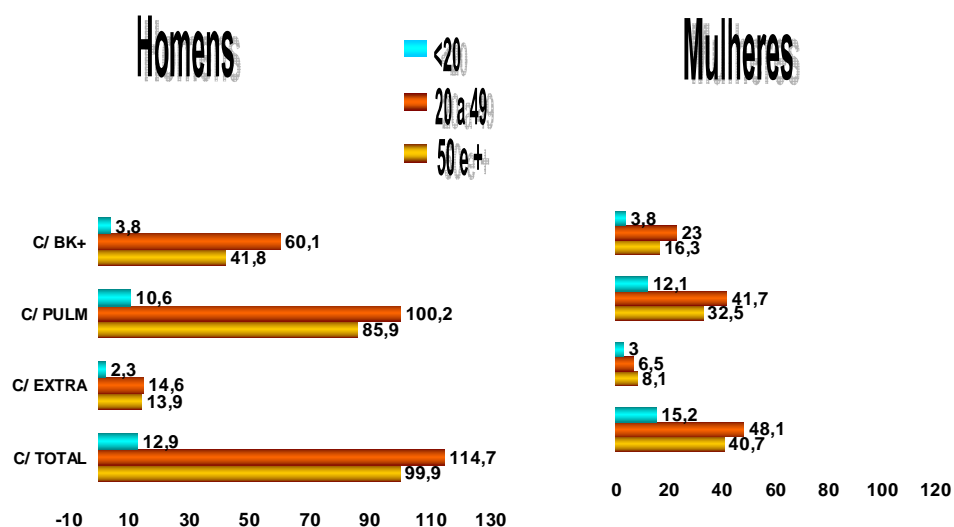


FIGURA 4: Coeficiente de Incidência de Tuberculose por 100.000 hab segundo forma clínica, sexo e faixa etária – João Pessoa- 2007

Fonte: SINAN/ DAS/ SMS/ 2008

3.4 UNIVERSO EMPÍRICO DO ESTUDO:

Para a produção do material empírico foi empregada a técnica da entrevista, como instrumento de coleta de dados. A escolha da entrevista foi devido ao fato de fornecer informações mais profundas sobre a realidade, evidenciando valores e opiniões dos atores sociais envolvidos com o tema. Segundo Minayo (2004), a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações, é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta-voz, as representações de um grupo determinado em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Numa entrevista de pesquisa qualitativa, o objetivo é descobrir a estrutura de sentidos própria do entrevistado, e a tarefa de pesquisar é evitar, o máximo possível, impor a estrutura e as suposições do pesquisador sobre o relato do entrevistado. A pesquisa precisa permanecer aberta à possibilidade de que os conceitos e as variáveis que emergem podem ser muito diferentes daquelas que podem ter sido previstos no início (POPE; MAYS, 2005).

Deste modo, decidiu-se utilizar a entrevista semi-estruturada, pois são conduzidas com base numa estrutura flexível, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma idéia ou uma resposta em maiores detalhes (POPE; MAYS, 2005).

Por se tratar de uma proposta para desenvolvimento de uma discussão centrada em um assunto específico, Rubio Tyrrel, Rocha e Siqueira (2001) recomendam a utilização de um roteiro com as questões de investigação que a pesquisa procura responder. O roteiro torna-se um instrumento orientador de uma conversa com finalidade, facilitando a abertura, ampliando e aprofundando a comunicação.

De maneira geral, as entrevistas abordaram questões relacionadas ao conhecimento acerca da tuberculose; diagnóstico; tratamento; relacionamento com a família/cuidador e com a Equipe de Saúde, bem como a percepção do atendimento recebido por parte desta equipe (APÊNDICE 1). A realização das mesmas ocorreu entre os meses de julho de 2008 a setembro de 2008, após agendamento prévio de horário e lugar. Preferiu-se realizá-las nos locais escolhidos pelos participantes, pois entende-se que as entrevistas sempre devem ser realizadas conforme a conveniência do entrevistado. O ambiente de uma entrevista afeta o seu conteúdo, sendo geralmente preferível entrevistar as pessoas em suas próprias residências.

Nesse estudo em questão, quatro (04) dos entrevistados preferiram realizar suas entrevistas na instituição de saúde mais próxima de suas residências (Hospital Clementino Fraga e Centro de Atenção Integral à Saúde-CAIS Mangabeira), os outros quatro (04) entrevistados optaram pela realização da entrevista em seus domicílios.

No início de cada entrevista foi explicitado o objetivo da pesquisa, com a finalidade de buscar maior aproximação entre entrevistador/colaborador. Após as devidas explicações, cada colaborador recebeu informações sobre o destino dos dados colhidos, garantindo o sigilo na utilização dos mesmos. Uma vez obtida a concordância dos idosos em participar do estudo, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), firmando-se o consentimento por escrito (APÊNDICE 2).

As entrevistas foram registradas na íntegra, com o auxílio de dois gravadores de áudio portáteis, após aquiescência dos participantes. Elas duraram em média trinta minutos e no decorrer das mesmas, o pesquisador teve como principais objetivos transmitir tranquilidade, interesse e disponibilidade (sem limite de tempo) para ouvir todos os participantes, observando inclusive as expressões. Todas as entrevistas foram feitas individualmente, a cada entrevista gravada recorreu-se ao caderno de campo, a fim de realizar o registro das impressões sobre o contato com os colaboradores, o ambiente em que se deu a entrevista e as dificuldades encontradas durante o percurso para a coleta de informações. Posteriormente as entrevistas foram transcritas e digitadas.

3.5 TÉCNICA DE ANÁLISE:

Para a análise dos dados obtidos por meio das entrevistas, optou-se pela utilização da Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin (2004), pois permite explorar o campo das comunicações e suas significações, ou seja, descobrir elementos que estão por trás dos conteúdos manifestos indo além das aparências daquilo que está sendo comunicado (GOMES, 2001).

Através do emprego da Análise de Conteúdo é possível “ultrapassar o alcance descritivo do conteúdo das mensagens no campo das comunicações e se atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda dos significados manifestos” (MINAYO, 2004, p.203).

Uma das técnicas de Análise de Conteúdo que melhor se adapta a investigação qualitativa no campo da saúde refere-se à Análise Temática, baseada na noção de tema (MINAYO, 2004). Segundo Bardin (2004, p.99), tema é a “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Para a mesma autora realizar Análise Temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2004, p.99).

Destaca-se que a análise temática desdobra-se operacionalmente em uma seqüência composta por três etapas básicas que permitem organizar e melhor explorar os dados provenientes das entrevistas (BARDIN, 2004; MINAYO, 2004). A seguir será apresentada a forma como estas etapas foram percorridas durante o processo de análise deste estudo.

A primeira etapa, denominada **Pré-análise**, consistiu na organização e desenvolvimento de um plano de análise que permitiu a exploração sistemática dos documentos selecionados para o estudo, no caso as entrevistas com idosos em tratamento de tuberculose procedentes de João Pessoa-PB. Mediante a *leitura flutuante*, houve um contato exaustivo com o material coletado, de modo a impregnar-se por seu conteúdo o que possibilitou maior aproximação e compreensão com a realidade vivenciada pelos sujeitos do estudo.

Destaca-se que foi nesta fase que ocorreu a constituição do *Corpus* do trabalho, ou seja, a seleção das oito entrevistas a serem submetidas aos procedimentos analíticos. Em linhas gerais esta etapa foi determinante para escolha dos documentos a serem analisados e na reformulação das hipóteses e objetivos frente ao contato com o material coletado. Também possibilitou a preparação do material a ser explorado mediante a identificação e seleção das unidades de registro presentes nas entrevistas. Para Gomes (2001), unidade de registro se refere aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto de uma mensagem, podendo ser uma palavra, uma frase ou oração dependendo da finalidade do estudo.

A segunda etapa, designada **Exploração do Material**, cuja finalidade é a transformação dos dados brutos em conteúdos temáticos de compreensão do texto, consistiu no agrupamento e categorização dos fragmentos das falas dos sujeitos. Trabalhou-se com recortes de texto em unidades de registro (frases), deixando em cada entrevista transcrita uma margem à direita para anotações. Fez-se a quantificação de unidades de registro estabelecidas, realizando então a agregação dos dados, escolhendo as prováveis categorias. Este processo foi

longo e complexo, tendo como alicerce a fundamentação teórica do estudo, resultando na conformação de três Unidades Temáticas Centrais contidas no conjunto das falas:

- **Unidade Temática I:** *“Percepção de idosos acometidos por tuberculose: conceito, transmissão e fatores determinantes”*.
- **Unidade Temática II:** *“A relação entre a pessoa idosa com tuberculose e familiares: Peculiaridades do idoso”*.
- **Unidade Temática III:** *“Atenção a pessoa com tuberculose nos serviços de saúde: O descompasso entre a dimensão política operacional do SUS e a prática das equipes de saúde”*.

Finalmente na terceira etapa denominada **Tratamento e Interpretação dos Resultados**, ocorreu a análise dos dados, mediante a inferência, interpretação e articulação dos conteúdos temáticos obtidos com o referencial teórico utilizado, com o propósito de responder as questões da pesquisa e objetivo proposto.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS:

Este projeto de pesquisa foi enviado ao comitê de ética da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, atendendo às orientações éticas e legais, inerentes ao protocolo de pesquisa envolvendo seres humanos, contido na resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo aprovado em 30/04/2008, sob protocolo n.º0079 (ANEXO 3).

Utilizou-se linguagem clara e objetiva favorecendo assim a compreensão por parte dos sujeitos da prática assistencial. A autorização foi obtida através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi identificado, assinado e datado, sendo uma cópia entregue ao entrevistado e a outra ficando com o entrevistador. Não houve qualquer tipo de fornecimento de benefícios aos entrevistados, bem como risco de discriminação por participar da pesquisa. Foi garantida a liberdade de participar ou não e de desistir a qualquer momento. Também foi assegurado o sigilo e o anonimato dos integrantes da prática.

O local escolhido para a realização das entrevistas foi o de maior privacidade possível. Somente foram relatadas as respostas agregadas e nenhuma resposta individual foi atribuída à fonte pessoal original. Todos os instrumentos foram guardados em lugar seguro e confidencial de acesso somente dos pesquisadores, em conformidade com os princípios que implicam na ética da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não

maleficência, justiça e equidade. Durante a prática desenvolvida procurou-se manter um diálogo aberto com os integrantes, avaliando constantemente as ações na condução das entrevistas de maneira a perceber como pode se está interferindo na vida daquelas pessoas e se isso poderia lhes trazer qualquer tipo de prejuízo.

Capítulo 4

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 UNIDADE TEMÁTICA I: PERCEPÇÃO DE IDOSOS ACOMETIDOS POR TUBERCULOSE: conceitos, transmissão e fatores determinantes.

A tuberculose é uma doença que atinge os seres humanos há muito tempo, sendo tão antiga quanto à própria história da humanidade. O primeiro a descrever a doença foi o médico grego Hipócrates, passando a chamá-la de tísica, que na língua grega significa "derreter-se" ou "fundir-se". Na antiguidade já era conhecida pelos egípcios, gregos, árabes e diversas civilizações. Durante o feudalismo não foi dada tanta importância a TB, até sua disseminação durante o colonialismo, onde ficou conhecida como a “grande peste branca”.

No Brasil, a chegada dos escravos, que viajavam e moravam em condições precárias, favoreceu a disseminação da tuberculose no Brasil. Há relatos de altos índices de adoecimento e morte na área urbana do Rio de Janeiro, do período colonial ao império, cerca de um quinto dos pacientes hospitalizados, em 1855, tinham tuberculose (HINRICHSEN, 2005; RODRIGUES, 2007; VERONESI, 2002).

No Império, estavam ligadas à tuberculose representações aparentemente opostas, tais como: a de uma visão romântica da doença, do amor transformado e da degeneração do indivíduo, a doença do mal social, da fraqueza ou consunção, a tísica, a peste branca. Algumas destas representações, no Brasil, decorriam da influência da chegada dos imigrantes. Em países europeus, a imagem de um "tuberculoso" estava associada à idéia de sensibilidade às artes, ao amor, ao refinamento dos sentimentos e passou a ser, no século XIX, uma forma valorizada de estética. Porém, ao final do século XIX, na Europa, houve a reconstrução da imagem da tuberculose; a concepção romântica deu lugar à compreensão social da doença, com sua maior incidência nas classes trabalhadoras (GONÇALVES, 2000).

A tuberculose aparece representada de maneira ambígua em diferentes momentos da História no Brasil. Até meados do século XIX, o tuberculoso trazia uma aura de excepcionalidade, que o colocava, aos olhos de seus contemporâneos, numa posição de certo refinamento. A concepção da tuberculose seria própria de uma sensibilidade marcadamente romântica, que se difundia em especial entre intelectuais e artistas. A doença surgia para os poetas como um atributo que os tornava interessantes e muitos chegavam a ansiar por ela, a doença era "interessante", pois só ela expressava um processo de individualização. Assim, foi utilizada pelos poetas românticos no seu projeto de negação do "mundo concreto" e de

expressão de sua desilusão para com a vida social. Ignorando o padecimento dos fimatosos pobres, aglomerados em cortiços ou concentrados nas áreas miseráveis dos centros urbanos, a sensibilidade romântica investiu na concepção da tuberculose como sintoma de caráter nobre e genialidade artística. A aparência do doente evocava uma concepção espiritualizada da doença que, em boa medida, encobria a incapacidade da medicina e da sociedade de tratá-la e de vencê-la (PÔRTO, 2007).

A partir da segunda metade do século XIX, atingia-se o que se podia chamar de uma economia política do corpo que, por um lado, pretendia garantir a dominação da classe burguesa e, por outro, o efetivo enquadramento das classes trabalhadoras na ordem socioeconômica capitalista. A concepção que se desenvolvera acerca da doença no imaginário coletivo apareceria daí para frente referenciada a este duplo objetivo. A tuberculose emergia socialmente não mais como manifestação física de uma espiritualidade refinada; ao contrário, sua persistência e seu alastramento, particularmente entre as populações desfavorecidas, era motivo de preocupação por ser sintoma de desordem social. O tísico, ainda que malgrado seu, trazia em si a marca do mal e da destruição. Isso se deve ao fato da doença se estabelecer mais facilmente em indivíduos de baixa resistência orgânica, podendo ser causada por inúmeros fatores como: má qualidade de vida falta de higiene, tabagismo, alcoolismo, dentre outros determinantes (CLEMENTINO, 2008).

Deste período em diante, a representação social da tuberculose começava a apresentar mudanças tanto mais significativas quanto mais complexas se mostrava seu entendimento à luz da ciência médica. No entanto, a persistência do desconhecimento de suas causas e a ineficácia do seu tratamento justificavam o horror coletivo diante da doença em que associavam seu portador a comportamentos desviantes em relação às normas sociais (PÔRTO, 2007).

O horror diante da tuberculose acabava por fazer dela um tabu, um objeto de interdição e seu sintoma extremo era a estigmatização do doente e seu conseqüente isolamento. No final do século XIX, a morte por tuberculose numa família era estigmatizante, pois a moléstia estava associada a algum obscuro defeito hereditário, ou mesmo à pobreza. O doente se via desqualificado para o casamento, para o exercício de certas atividades e até para o seguro de vida de outros membros da família. Portanto, o horror à tuberculose se devia menos a condenação à morte física do que a condenação à morte moral (PÔRTO, 2007).

A partir do descobrimento do agente etiológico, ocorrido em 1882, por Robert Koch, inicia-se uma grande revolução no mundo científico em busca de tecnologias e terapêutica para seu controle. No século XX, surgiram potentes quimioterápicos sendo introduzido o

BCG no calendário vacinal, excelente recurso preventivo contra as formas graves da doença (FREITAS; PY; NERI, 2002).

A criação da vacina BCG (1906) foi inoculada em crianças e adolescentes a partir da década de 20. Entretanto, a droga sofreu forte resistência pública, devido a um terrível acidente que ocorreu com cerca de 270 crianças na cidade de Lubeck, onde as culturas microbianas não tinham sido convenientemente atenuadas, resultando na infecção ou morte de pelo menos metade dessas crianças pretensamente imunizadas. Em consequência, uma campanha mundial foi ativada contra a BCG, fato que adiou por muitos anos o emprego disseminado da substância protetora (BERTOLLI FILHO, 2001).

A impotência medicamentosa no tratamento dos consuntivos impôs como solução paliativa o dimensionamento clínico do regime dietético, do descanso e da climatoterapia. Na Roma Imperial era comum o envio dos tuberculosos para regiões caracterizadas pelo clima quente e seco, medida que geralmente combinava viagens marítimas que demandavam longo período de tempo, os exercícios físicos e sobrecargas de tarefas estavam contra-indicados para esses pacientes (BERTOLLI FILHO, 2001).

A era sanatorial de atendimento aos fimatosos foi aberta no ano de 1854 por Hermann Brehmer (botânico e médico alemão que padeceu da doença), a primeira instituição especializada, localizada nas montanhas. A premissa que orientou para a retomada da antiga proposta de “cura nas alturas” residia na suposição segundo a qual inexistia casos de tuberculose entre os habitantes das montanhas, acreditava-se que a permanência nas regiões altas revitalizava as funções orgânicas em geral e, em especial dos pulmões, viabilizando a cura dos contaminados (BERTOLLI FILHO, 2001). Fato este, que permanece arraigado nos dias atuais, como se pode evidenciar nas falas de dois dos idosos: “[...] além de comer melhor, tem vez que eu gosto de sair, assim, vou para uma prainha, pegar um arzinho, eu tenho bastante cuidado [...]” (E8). “A tuberculose é o cansaço no pulmão causado pela poeira, fumaça, sol quente, quem faz muita força, né?” (E1). Observa-se como a doença ainda se coloca no imaginário de alguns entrevistados, com significados que, no passado, foram fundamentais para definir condutas em relação ao tratamento. Embora na atualidade haja avanços tecnológicos em relação ao diagnóstico e tratamento, pode-se verificar que persistem associações estereotipadas em relação aos mesmos.

Todavia, a evolução da imagem da tuberculose, na virada do século XIX para o século XX, não apenas levantava problemas de conceituação médica quanto a suas origens e métodos de tratamento, mas trazia também questões relativas ao comportamento dos doentes e à reação da coletividade ao fenômeno patológico. Metaforizações ou silêncio em torno da

doença se justificavam não só pelo pavor da morte por ela projetada, mas, muito especialmente, por se tratar de algo tido como obsceno, isto é, “de mau presságio, abominável, repugnante aos sentidos” (PÔRTO, 2007).

Ainda de acordo com este autor, o século XX se iniciava com um flagrante processo de desmistificação da tuberculose e da figura do tuberculoso. A medicina investia decididamente em políticas de saúde pública, ao mesmo tempo em que a doença, já não mais expressão de uma mórbida elegância, ganhava contornos mais dramáticos justamente por caracterizar sintomas evidentes de miséria social. O tuberculoso não era mais um *dandy* entediado ou uma cortesã excepcionalmente encantadora e exuberante que poderia se redimir, mas sim, aquele homem comum, desprovido de recursos que habitava os centros urbanos e industrializados. A migração da tuberculose para as camadas mais pobres da população não impedia, todavia, que alguns de seus traços mais característicos, dentre eles o de degenerescência moral, continuassem presentes ao nível da percepção popular da doença.

Em meados do século XX, a doença continuava a gerar sentimentos diversos quanto à sua superação representados de variadas formas, tanto em nível individual como coletivo. Doença mortal, a tuberculose era vista indubitavelmente como o resultado inevitável de uma vida dedicada a excessos, portanto em desacordo com os padrões socialmente aceitáveis, embora apresentando contornos distintos de acordo com a época (PÔRTO, 2007).

Não obstante, apesar de ser uma doença secular e amplamente difundida, evidencia-se neste estudo que entre a população pesquisada ainda permanece desconhecimento sobre a doença. “A tuberculose! Não, não faço nem idéia [...]” (E8). “Sei! (o que é a doença), mas não sei explicar [...]” (E3), demonstrando dúvida ao conceituar a doença questionada. Em um dos relatos o entrevistado demonstrou sua inquietação diante da TB: “Não! (desconhece a doença) [...] mas eu gostaria de saber de onde vem essa doença, qual o problema [...]” (E2). Os conhecimentos que os idosos têm acerca da doença se revelam insuficientes, aponta-se para o fato de alguns entrevistados não saberem o que é a enfermidade. É importante destacar que estes conhecimentos vão afetar a forma de perceber e de enfrentar a doença, o que pode potencializar a vulnerabilidade à tuberculose neste grupo.

Outro aspecto a ser abordado, diz respeito às representações de doença segundo a visão de alguns entrevistados. Superando a visão da comunidade hipócrita que buscava surpreender a patologia no corpo enfermo e tratá-la segundo um quadro nosológico que se guiava pelas possíveis características da moléstia, prevendo a evolução do caso e instruindo o clínico sobre as opções terapêuticas disponíveis, o olhar médico deve dirigir-se ao que há de visível na doença sim, mas, a partir do doente, que oculta esse visível, mostrando-o

consequentemente. Para conhecer, ele deve reconhecer. Olhar a doença e cegar-se a pessoa de cada paciente seria um distanciamento do olhar médico. Uma antropologia interpretativa que relaciona a cultura ao entendimento e interpretação popular da enfermidade, que analisa a sua representação, necessita considerar o olhar dos enfermos (BERTOLLI FILHO, 2001; KOMATSU, 2003).

Permite-se diferenciar as representações de doença segundo crenças populares, modelos cognitivos, realidades culturalmente constituídas por distintos grupos sociais. As fantasias inspiradas pelas doenças caminham paralelamente a sua incompreensão, letalidade, mutilação, evolução. Lepra, peste bubônica, cólera, sífilis, tuberculose, câncer, AIDS, doença de Alzheimer são exemplos de enfermidades que trazem em seu entorno imagens, mitos e metáforas (KOMATSU, 2003).

Levando em consideração o olhar de alguns dos entrevistados a tuberculose é quase sempre associada a uma “doença do pulmão”: “É uma doença no pulmão, né?” (E5). O depoimento seguinte revela que o aumento da experiência de vida deveria ser um fator de suma importância para a compreensão da “antiga” patologia: “[...] já sabia que a tuberculose existia, já tenho 68 anos [...]” (E7), mas o mesmo a associou ao órgão de acometimento da doença: “É pulmão né?” (E7). “To nessa idade e nunca ouvi falar nessa doença [...] A tuberculose é o cansaço no pulmão? [...]” (E1). Verifica-se que os significados elaborados por alguns idosos, acerca da doença, associam ao pulmão como órgão único acometido pelo bacilo.

Para toda a sociedade, a doença é um problema que exige explicação, é necessário que ela tenha um sentido. É preciso avaliar a dimensão social da doença, como ela se mostra, pois a mesma funciona como significante social, sendo uma das expressões da sociedade. As representações sobre a doença são produzidas e re-elaboradas constantemente, os significados são construídos através da convivência rotineira no ambiente das instituições de saúde, sendo determinadas pelas condições sociais de inserção dos sujeitos sociais (SONTAG, 2002; SOUZA; SILVA, 2007).

As premissas básicas da doença na perspectiva do médico são, a racionalidade científica, a ênfase na mensuração numérica e objetiva, em dados psicoquímicos, no dualismo mente-corpo, na visão das doenças como entidades, na ênfase no individual e não na família ou na comunidade, enquanto se definir doença envolve uma série de experiências subjetivas: percepção de mudanças na aparência corporal (perda de peso, mudança na coloração da pele, das secreções), alteração da mobilidade, dor, tosse, febre, calafrio, ansiedade, medo, depressão, alteração do sono, mudança de comportamento (KOMATSU, 2003).

Ao descrever seu processo de adoecimento, a análise do material evidencia que a tuberculose é percebida e retratada pelos sintomas que apresenta como se pode observar nos seguintes depoimentos: “Comecei com uma tosse que não era normal e através dessa tosse comecei a me mobilizar [...]” (E3). “Fiquei com uma dor nas costas, aí fui bater o Raio X e o médico disse que tinha uma manchinha no meu pulmão e que eu tinha que tomar medicamento pra ficar bom logo, que era só seis meses de tratamento” (E7). “Eu descobri mesmo porque vim para o hospital, tossindo, tossindo, tossindo, daí fui para aquele hospital São Luís, passei cinco dias internado, tossindo, mas sem botar sangue, vinha tossindo desde outubro” (E1). A percepção que as pessoas têm da tuberculose influencia a detecção precoce da doença, assim como a adesão ao tratamento e seu êxito. Entretanto, os conhecimentos equivocados, o estigma da doença e a falta de informação levam a consequências graves para os doentes e à população em geral, pois retardam a sua identificação precoce e, perpetuando a sua disseminação, além de potencializar o estigma referido pelos doentes.

A percepção do doente a respeito da TB, provavelmente, expressa a maneira como as pessoas entendem a doença, a partir de sua inserção na sociedade. A maneira como o indivíduo constrói todo seu conhecimento ao longo da vida, a cultura, a forma de entender o processo saúde/doença, relaciona-se dialeticamente com o modo como o homem produz a sua própria existência, é como se constitui histórica e socialmente (VENDRAMINI et.al., 2002).

O envelhecer é uma fase de desafios e habitus. Enquanto a palavra hábito indica disposição duradoura adquirida pela repetição freqüente de um ato, maneira de ser, a palavra habitus envolve o conceito com o qual se designa o conjunto de padrões adquiridos de pensamento, comportamento, gosto, etc., considerada como elo entre as estruturas sociais abstratas e a prática ou ação social concreta. Habitus se refere a um conhecimento adquirido, uma disposição incorporada pela pessoa, social e historicamente construída durante sua vida, e cujo exercício será determinado pela posição social do indivíduo, permitindo-lhe ver, pensar e agir com capacidade inventiva, criadora e improvisadora nas mais diversas situações de vida (KOMATSU, 2003).

Cada pessoa idosa tem uma história de vida, uma experiência, um legado cultural, uma particularidade que as tornam única. Existe uma sociedade de indivíduos em que a teia humana os envolve, mas não anula os indivíduos particulares mantendo cada qual uma relação singular com a sociedade. O próprio idoso vivencia uma aprendizagem contínua da sua própria doença, elaborando e reelaborando seu entendimento sobre a doença, num processo dinâmico. Ampliar o olhar dos profissionais quanto aos determinantes de saúde-

doença do idoso, pode-se fazer com que se compreenda melhor a complexidade de suas manifestações clínicas (KOMATSU, 2003).

As comunicações informais, que as pessoas têm no seu convívio diário, contribuem para que as mesmas absorvam principalmente conhecimentos de senso comum. O depoimento seguinte mostra como é forte essa questão cultural, a forma de entendimento do processo saúde/doença relacionado com o modo de vida em sociedade: “Eu estava em casa deitada brincando com meu neto, ai eu tive uma tosse normal, mas quando eu tossia sentia um gosto diferente, ai me levantei fui ate o banheiro tossir, quando eu olhei era sangue, aí eu lavei a boca, tomei uma colher de Água Rabelo e gargarejei, aí parou [...] eu contei a ela (médica) e então ela pediu uma radiografia e fez umas perguntas [...] nenhum sintoma que ouvia o povo falar de tuberculose eu tinha, por isso não liguei [...] (E5). “Eu trabalhava em todos os trabalhos, pegava peso, comia comida salgada, pimenta, bebia cachaça [...] Acho que fiquei doente [...] deve ter sido muita força que eu botava [...] sol quente na cabeça, sereno [...]” (E1).

O interesse em esclarecer os elementos determinantes da TB levou a academia médica a buscar apoio nas doutrinas vitalista e miasmática vigentes no início da centúria para ensinar que os mecanismos da hereditariedade juntamente com o alcoolismo e com o aleitamento mercenário, serviam para propiciar a rápida expansão do reino da tísica. A doutrina miasmática e a concepção sobre a hereditariedade consuntiva contaram com a legalidade da tradição até o encerramento do século XIX, a idéia sobre a veiculação microbiana das enfermidades era confirmada por um grupo restrito de médicos. Para a maior parte dos estudiosos da época, o papel desempenhado pelos micróbios na ocorrência das enfermidades era apenas uma hipótese pouco convincente ou uma condição secundária no desencadeamento das patologias coletivas (BERTOLLI FILHO, 2001).

Atribuía-se a tuberculose a uma doença de origem hereditária, em geral, quando uma pessoa adoecia, vários membros da família também adoeciam. Não se percebia naquela época que o confinamento familiar é que favorecia a propagação da doença na família, essa crença, ainda persiste nos dias atuais, e influencia fortemente nos conceitos e nas atitudes que os pacientes têm, levando-os a desacreditar nas verdadeiras causas de transmissão e a desconhecer o real significado das coisas. As representações de saúde/doença e as concepções sobre a etiologia e o contágio da tuberculose demonstram que a sabedoria prática das pessoas com tuberculose não se restringe aos ensinamentos biomédicos, pelo contrário, há um amplo leque de possibilidades que fogem ao serviço prestado (SOUZA; SILVA, 2007).

A definição de um bacilo com agente responsável pela abrangência coletiva da moléstia pulmonar coagiu a Higiene Pública a analisar a TB como moléstia que poderia ser controlada por intermédio do bloqueio das fontes produtoras do material contaminante. Com isto, desde o final do século XIX, ganharam maior consistência as regras sanitárias que cobravam a desinfecção dos objetos pessoais e do catarro dos enfermos, desdobrando-se na ostensiva vigilância das pessoas e dos animais fímatosos (BERTOLLI FILHO, 2001).

Parte dos pacientes ainda tem uma noção vaga concernente ao modo de transmissão da referida doença. Alguns depoimentos analisados expressam a crença dos entrevistados de que com a aproximação de uma pessoa contaminada, a doença seria contraída: “Acho que (o indivíduo contrai a tuberculose) com o contado físico [...] hábito direto com alguém contaminado” [...] (E4). “Eu acho que é com aproximação de uma pessoa contaminada, que a gente pega o vírus” (E5). Outro depoimento analisado reforça os conhecimentos do senso comum e da vida em sociedade: “Acho que se pega comendo fora de hora e se beber cachaça e fumar também [...] vai tudo esses dá tudo problema no pulmão, sol quente na cabeça, sereno [...]” (E1). “A doutora falou um dia que é um negócio de um vírus” (E7).

No início do século XX, delineava-se assim a linha mestra dos ensaios médico-sociais que ao combinar doença, miséria econômica e padrões culturais destoantes com a modernidade, definiam as principais moléstias infecto-contagiosas como marca dos indivíduos insuficientemente preparados para viver nos grandes centros urbanos do país. Alguns estudos focavam os grupos pobres e “incultos” de migrantes nacionais, especialmente os nordestinos, como as principais vítimas e também como agentes disseminadores da moléstia do peito nos ambientes metropolitanos (BERTOLLI FILHO, 2001).

As condições do ambiente onde ocorre o contágio da TB são importantes. Ambientes mais ventilados e expostos à luz solar, diminuem a viabilidade e manutenção do bacilo. Os comunicantes que possuem uma relação direta com os doentes têm um risco maior de adquirir a infecção. Quanto mais prolongada e íntima for à relação, maior será a possibilidade de transmissão (HINRICHSEN, 2005). Um dos entrevistados relata que contraiu a doença devido a sua ocupação/profissão, como podemos analisar nesta fala: “Adoeci a primeira vez tive em 1972, trabalhava na Universidade, no laboratório, fazendo análise, analisava material em lâminas (material contaminado) [...] (E4)”.

As modificações morfológicas e fisiológicas que ocorrem no organismo neste curso de envelhecimento diminuem a capacidade do idoso de se adaptar ao meio em que vive, deixando-o mais vulnerável e exposto aos processos patológicos. Os efeitos do envelhecimento biológico normal no indivíduo idoso podem ser observados em todos os

aparelhos e sistemas do organismo: muscular, ósseo, nervoso circulatório, pulmonar, endócrino, imunológico (VANDERVOOT, 2000). Esta maior suscetibilidade à doença pode ser explicada pela depressão das defesas orgânicas na idade avançada, incluindo as alterações na função imune, no clearance mucociliar e na função pulmonar. Além disso, as inúmeras condições imunossupressoras associadas tais como diabetes, insuficiência hepática, insuficiência renal, desnutrição e terapia prolongada com corticosteróides também podem contribuir de forma decisiva no desenvolvimento da lesão tuberculosa (CAVALCANTE; ALBUQUERQUE; CAMPELO, 2006).

Alguns relatos apontam para o fato de co-morbidades associadas à tuberculose em idosos: “Meu problema é todo respiratório [...]” (E4). “Tenho diabetes e pressão alta, há um ano sou diabético” (E7). “[...] Osteoporose, bronquite alérgica e dor nas pernas, dor de cabeça tenho muita dor de cabeça acordava de madrugada e depois do tratamento nunca mais acordei de madrugada com dor de cabeça” (E6). “Diabetes desde 80, pressão alta, tive o AVC há cinco anos e também tenho insônia” (E5).

O idoso no olhar dos profissionais é um paciente diferente de outro paciente adulto, que tem reservas funcionais diminuídas e que merece um tratamento diferenciado, mas que por vezes fica prejudicado no atendimento porque “acaba dando mais trabalho”. No imaginário, o idoso é um paciente cheio de sinais, sintomas, diagnósticos prévios, medicamentos, exames complementares, consultas, procedimentos, internações. O idoso doente é poliqueixoso, raramente tem uma doença só, apresentando geralmente co-morbidades associadas, prejudicando dessa forma o diagnóstico médico (KOMATSU, 2003).

A presença de muitos sintomas e/ou sinais interfere no raciocínio linear de uma doença. Qual seria a doença? Seriam muitas doenças? E algumas difíceis de caracterizar: sintomas e sinais pouco específicos, confusão diagnóstica, precipitação terapêutica, para cada sintoma um medicamento, o idoso usa uma gama muito grande de medicamentos, resultando em iatrogenia e novos sinais e sintomas, numa reação em cascata conhecida como cascata iatrogênica, fenômeno comum em idosos doentes (KOMATSU, 2003).

Diante dessa conjuntura, algumas co-morbidades levam ao atraso na confirmação do diagnóstico, retardando o início do tratamento. Segundo Branco (2008), as “Enfermidades não tuberculosas mal conduzidas foi causa de confusão diagnóstica, levando ao atraso na terapêutica específica para a tuberculose”. Estudos apontam para o atraso do diagnóstico da doença causado pela presença concomitante de outros problemas tais como; Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Carcinoma Broncogênico, Pneumonias e Embolia Pulmonar. Este atraso é justificado pela tentativa de

encontrar essas doenças “mais comuns” em detrimento da propedêutica específica da TB (FREITAS; PY; NERI, 2002; SANTANA; TAKAGAKI, 2007; TARANTINO, 2002).

Os depoimentos a seguir corroboram tal afirmação: “Há mais de trinta anos eu tenho bronquite alérgica, porque eu sou alérgica a poeira, espirro muito, tomava nebulização, remédio para cansaço, tosse, tosse, e nunca descobri que tinha tuberculose [...]” (E6). “Dor nas costas (apresentava como sintoma), mas eu sou diabético também, eu até pensei que podia ser da diabetes também, pois a diabetes é uma doença danada [...]” (E7). “[...] Pra fazer uma endoscopia (apresentava dores na região torácica e abdominal), aí quando ele descobriu uma hérnia no esôfago [...] ai direto pediu uma radiografia de pulmão, uma tomografia, aí na tomografia deu [...] então ele disse: Tem uma tuberculose aí!” (E6).

No século XIX, já se associava a tuberculose ao excesso de trabalho, a dieta alimentar precária, ao alcoolismo e também ao consumo de maconha. A ausência de repouso e de alimentação adequada se conjugava com a bebida alcoólica e as companhias comprometedoras, levando a pessoa a uma situação única: a fraqueza física (BERTOLLI FILHO, 2001).

A propagação da tuberculose está intimamente ligada às condições de vida da população. Prolifera, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com falta de infra-estrutura, saneamento, onde coexistem a fome e a miséria. Por isto sua incidência é maior nas periferias das cidades, porém pode acometer qualquer pessoa independente de sua moradia. Neste sentido, atenção especial deve ser dada a populações de maior risco de adoecimento, representada, sobretudo, por residentes em comunidades fechadas, como presídios, manicômios, asilos. Também se incluem os imunodreprimidos por uso de medicamentos ou por doenças imunossupressoras (SOUZA; SILVA, 2007).

É uma doença transmissível que está em estreita relação de determinação com os fatores históricos, econômicos e sociais. Estabelece-se uma relação à qual o processo particular da tuberculose pertence e tem como principal determinante as condições sociais de vida. Por exemplo, o bacilo de Koch causa a tuberculose, mas são os determinantes sociais que explicam porque determinados grupos da população são mais susceptíveis do que outros para contrair a doença.

Os determinantes sociais da saúde incluem as condições mais gerais, socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam os estilos de vida, já que as decisões relativas, por exemplo,

ao hábito de fumar, consumo de drogas, álcool, prática de exercícios, hábitos dietéticos e outras estão também condicionadas. Sabe-se hoje, também, que a percepção de pertencer a grupos sociais excluídos da maioria dos benefícios da sociedade gera sofrimento e sentimentos de inferioridade e discriminação, e isso contribui na determinação dos padrões de saúde dos indivíduos (VICENTIN; SANTO; CARVALHO, 2002).

O consumo de bebidas alcoólicas e as farras deixam transparecer que o comportamento desregrado e amoral são ainda causas consideráveis de uma doença que envergonha. A observação de freqüentes recaídas nesses grupos sociais provoca descrença na possibilidade de cura da tuberculose. Mesmo quando se admite ser doença curável há a crença de que "sempre fica alguma coisa por dentro". O doente com "mancha no pulmão" carrega uma marca que altera profundamente sua inserção no grupo social (PÔRTO, 2007).

Portanto, a desnutrição, as desigualdades sociais econômicas, a deterioração da infraestrutura da saúde, a interface epidemiológica com a pandemia de HIV, ser contactante domiciliar e ter história pregressa de tuberculose pulmonar abrem uma perspectiva de alarme ao problema da TB (BRANCO, 2008).

O esforço físico por parte dos idosos devido suas profissões, aliado à má alimentação e a vida desregrada, concepção comportamental desde o início do século passado, são fatores que predispõem a tuberculose. Alguns relatos confirmam esses fatos: “Eu vinha fumando, parei de beber há 10 anos, fiquei fumando, fumando, fumando, comia fora de hora, lá pras duas horas (da tarde) [...] Passava o dia todo sem comer direito, saia de manhã para trabalhar e levava só um punhadinho de farinha dentro de uma lata com uma manga pra chupar no serviço [...]” (E1). “Primeiro... o cigarro, porque eu saio de manhã muito cedo e desde criança eu não costumo me alimentar [...]” (E3).

Os relatos apontam a associação com determinados estilos de vida (boêmios, fumantes), condição social (pobres), condição biológica (idosos) e de trabalho insalubres. Nessa associação entre a doença e as condições sócio-econômicas são apontados vários fatores que se somam na rede de causalidade, como pobreza, alimentação inadequada, hábito de fumar, dentre outros, com a mesma valoração de peso na rede de causalidade.

Outro aspecto que tem um efeito relevante e determinante ao adoecimento por tuberculose se relaciona as condições econômicas do idoso. Evidentemente que os pobres de todas as idades apresentam um risco maior de doenças e deficiências, entretanto os idosos estão particularmente vulneráveis. Características como produtividade e empregabilidade declinam com a idade a partir de um determinado momento do ciclo de vida que em geral ocorre em torno dos 60 anos. Com dificuldade de obter renda por meio do trabalho, os idosos

passam a depender significativamente de sua aposentadoria, ou mesmo de rendimentos dos demais moradores do domicílio para sobreviver e manter seu padrão de vida. Muitos idosos, especialmente as mulheres, vivem sozinhos ou em áreas rurais sem renda certa ou suficiente. Estes fatores afetam seriamente seu acesso a alimentos nutritivos, a moradia adequada e cuidados de saúde (WHO, 2005).

Observa-se neste estudo que alguns idosos manifestam dificuldades financeiras e/ou dependência de membros da família para acessar os serviços de saúde. “Sou aposentado! Meu filho me ajudou [...] Mas financeiramente não tive ajuda [...] Não tem quem me ajude não [...] às vezes não tenho dinheiro pra ir aí tenho que me virar [...] Mas preciso de ajuda, um dinheirinho para a passagem, alguém que possa vir me buscar [...]” (E1). “Só do meu filho (recebe ajuda) uma ajuda que não é ajuda, porque tem que colocar o combustível pra não ficar pelo caminho [...]” (E3). “Eu arco com todas as despesas [...]” (E6). “Não trabalho porque não tenho condição, doente né? não pode trabalhar [...] mas se eu tivesse saúde eu trabalhava [...]” (E2).

Destaca-se que nos países em desenvolvimento, os escassos recursos provenientes da aposentadoria dos idosos que em tese deveriam estar sendo utilizados para atender as suas necessidades, por vezes é o único recurso entre as famílias pobres. Segundo Barros; Mendonça; Santos, (1999); Caldas, (2003), o dinheiro oriundo dessas pequenas pensões, contribui com o orçamento familiar, exercendo papel importante nas estratégias de sobrevivência do grupo doméstico.

A situação tende a se agravar principalmente em homens e mulheres idosos que não possuem bens, pouca ou nenhuma poupança, nenhuma pensão ou pagamento de seguro social, ou que façam parte de famílias com renda baixa ou incerta. Os que não possuem filhos ou parentes frequentemente enfrentam um futuro incerto e correm um risco maior de falta de moradia, abandono e pobreza.

4.2 UNIDADE TEMÁTICA II: A RELACAO ENTRE A PESSOA IDOSA COM TUBERCULOSE E FAMILIARES: peculiaridades do idoso.

*“A Família é como uma moradia que oferece com suas paredes, portas e janelas, um lugar de proteção segura”
(Moisés Groisman).*

Com a falência do sistema previdenciário, a família vem progressivamente se tornando a única fonte de recursos, físicos, emocionais e materiais, disponível para o cuidado do idoso dependente. Há uma carência de redes de suporte formais ao idoso, e a tarefa de ampará-los está quase que exclusivamente sob a responsabilidade das famílias, já que a organização comunitária também se mostra bastante incipiente (CALDAS, 2003).

É necessário lembrar que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade acredite que os idosos devam ser cuidados pela família (por questões morais, econômicas ou éticas), não se pode garantir que a família prestará um cuidado humanizado. Caldas (2000) e Harvis & Rabins (1989) indicam que a família apresenta necessidades que vão desde os aspectos materiais até os emocionais, passando pela necessidade de informações. O aspecto material inclui recursos financeiros, questões de moradia, transporte e acesso a serviços de saúde. Por outro lado, essa família-cuidadora necessita de informação sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente ao idoso. Além disso, são importantes: o suporte emocional, uma rede de cuidados que ligue a família aos serviços de apoio e meios que garantam qualidade de vida aos cuidadores principais.

O auto cuidado ou cuidar de si representa a essência da existência humana. Todavia, cuidar do outro, representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação, do amor como diz o mandamento bíblico: “Ama o próximo como a ti mesmo”. O idoso, por sua longa vivência, experiência e ensinamentos, um dia, cansado, com poucas forças, incapaz de se cuidar, necessitará do desprendimento, do amparo, da ajuda do outro, que é o cuidador, esta é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso o qual apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida quotidiana, fazendo o elo entre o idoso, a família e serviços de saúde ou da comunidade (RODRIGUES; DIOGO, 1996).

O domicilio é visto hoje como um espaço em que pessoas portadoras de doenças crônicas e outras afecções, idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença. Assim, a experiência de cuidar de um doente em casa tem se tornado cada vez mais freqüente no cotidiano das famílias. Em consonância a esta tendência, as

políticas de atenção ao idoso defendem que o domicílio se constitui no melhor local para o idoso envelhecer, sendo que permanecer junto à família representa a possibilidade de garantir a autonomia e preservar sua identidade e dignidade. Cuidar de idosos dependentes acometidos por uma patologia crônica ou aguda se constitui, então, numa situação freqüente para muitas famílias. Participantes ativos do cuidado, os cuidadores familiares desempenham atividades voltadas a suprir as demandas de acordo com as necessidades dos idosos doentes no próprio local onde residem (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Apesar dos esforços despendidos para garantir uma velhice cada vez mais ativa e saudável, a maioria dos idosos experimenta alguma fragilidade nessa fase. A doença traz consigo um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, de dependência, de insegurança. O estado de doença acarreta algumas repercussões psíquicas inevitáveis como preocupações, angústias, medos, alterações na auto-imagem e algum nível de dependência (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Segundo os estudos de Karsch (1998), os cuidadores de idosos, que podem ser além dos familiares, amigos, vizinhos e membros da comunidade, relatam que nem os pacientes, nem eles próprios recebem apoio financeiro de qualquer instituição, salvo, eventualmente de familiares mais próximos. Expressam a necessidade de apoio, tais como orientações, apoio pessoal, consultas mais freqüentes, auxílio em transporte etc. A necessidade de assistência permanente ao enfermo gera um custo elevado para os familiares, pois, atualmente, nenhum sistema de atenção à saúde prevê uma oferta suficiente dos serviços necessários a uma população portadora de dependências com crescimento exponencial.

Vale ressaltar que essa importância econômica do gasto com o paciente enfermo, exige um planejamento múltiplo já que é impensável que somente o sistema público possa fazer frente ao gasto com o cuidado aos doentes. A institucionalização de todos acometidos não é possível, seja por motivos de custo ou por motivos de qualidade da assistência, portanto é importante questionar o próprio modelo de assistência, que deve priorizar sempre a promoção da saúde visando a um envelhecimento bem-sucedido. As políticas públicas de vários países, incluindo o Brasil, reconhecem oficialmente a contribuição dos cuidadores informais, dos voluntários e do setor privado para complementar a assistência pública, mas a questão do financiamento do cuidado comunitário permanece um desafio a ser enfrentado (CALDAS, 2003).

Seria de fundamental importância que profissionais da saúde treinassem o cuidador e supervisionassem a execução das atividades assistenciais necessárias ao cotidiano do idoso até que a família se sentisse segura para assumí-las. A família deve ser preparada também para

lidar com os sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão e outros sentimentos que acompanham essa responsabilidade (CALDAS, 2003).

Apesar da presença do cônjuge ou de algum dos filhos a confirmação do diagnóstico da doença, na quase totalidade das entrevistas, quando indagados acerca do recebimento de algum tipo de orientação ou ajuda por parte da equipe de saúde, nota-se o quanto superficial e frágil se faz esse elo com a equipe assistente: “Quando meus filhos vieram me visitar, perguntaram qual era minha doença e eu disse ‘é tuberculose’, daí o doutor explicou a doença para eles” (E1). “Sim! Pela médica [...] Sobre os cuidados que deveríamos que ter, principalmente com as crianças” (E3). “Sim. Que fizessem uma radiografia, todos que morassem comigo e também receberam orientação sobre a doença, como era transmitida, e também os cuidados que todos deveriam ter” (E5). Um dos entrevistados relatou não ter tido qualquer tipo de orientação: “Não, não receberam! Agora todos ficaram sabendo (por outras fontes) que tinham que fazer alguns exames, mas não falaram nada sobre a doença não.” (E2).

O fato de um membro da família desencadear um processo de dependência altera a dinâmica familiar. À medida que a pessoa vai desenvolvendo a doença, há uma mudança de papéis dos membros da família. A decisão de assumir os cuidados é consciente, e estudos revelam que embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica, o processo parece obedecer a certas regras refletidas em quatro fatores: parentesco, com frequência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho; gênero, com predominância da mulher; proximidade física, considerando quem vive com a pessoa que requer cuidados; e proximidade afetiva, destacando a conjugal e a relação entre pais e filhos (CALDAS, 2003).

Todavia, com a progressiva inserção da mulher no mercado de trabalho retirou do seio familiar quem, até então, na maioria das vezes, era responsável pela realização dos cuidados referentes às crianças e aos idosos. Este fato associado ao expressivo aumento no número de separações e de migrações dos mais jovens em busca de melhores condições de vida vêm alterando o perfil de poder e tomada de decisões dentro das famílias que passam atualmente por uma construção de modelos alternativos. Esse novo modo de conviver pode causar certa fragilização das relações afetivas, sentida e relatada pelos idosos (BEZERRA; SANTO; FILHO, 2005).

Não obstante, o aumento de sobrevivência de idosos repercute na dependência de uma ou mais pessoas que venham a suprir suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. Estas pessoas são geralmente, familiares e especialmente as mulheres, que residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos.

Ressalta-se que no Brasil e em vários países, tradicionalmente, as mulheres ainda são as "grandes cuidadoras" dos idosos incapacitados. Por causas predominantemente culturais, o papel da mulher cuidadora, no Brasil, ainda é uma atribuição esperada pela sociedade. A visibilidade social desta personagem, porém, ainda é muito restrita, sobretudo nos países em que o envelhecimento da população vem acontecendo há poucas décadas (KARSCH, 2003).

Este "familiar cuidador" precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis e receber em casa visitas periódicas de profissionais, médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental, pois se trata de um casal de idosos em que o cônjuge com mais autonomia assume os cuidados do outro que foi acometido por uma súbita e grave doença. A faixa etária desses cuidadores pertence à mesma geração dos doentes. São "idosos jovens independentes" cuidando de "idosos dependentes" (CALDAS, 2003; KARSCH, 2003).

Os relatos seguintes evidenciam estes fatos, bem como a importância da prévia orientação por parte da equipe ao prestador do cuidado, pois este se torna peça chave para o sucesso do tratamento proposto. Ao serem questionados sobre a principal pessoa que auxilia neste tratamento, quase todos responderam seus cônjuges ou parentes mais próximos, residentes no mesmo domicílio: "Meu marido sempre me leva [...]" (E4). "Somente minha esposa que me acompanha" (E2). "Estava com minha esposa! (a confirmação do diagnóstico)" (E3). "Por que peguei o resultado no laboratório, estava com meu marido, ele sempre me ajuda!" (E4). "Sim! (teve ajuda) Do meu genro e outra vez do meu filho [...]" (E5). Quando indagados sobre qual tipo de ajuda necessitavam, as respostas mais observadas foram com relação à ajuda física e ao apoio na hora da tomada da medicação, devido ao esquecimento ou falta de memória dos idosos doentes: "Antes ficava distante para ir de ônibus, tinha que ter ajuda de alguém para subir e descer do ônibus, porque minhas pernas são meio fracas, agora com ajuda do meu genro ficou bom". (E5). "Sim! do meu filho, ou do meu marido [...] pra me levar ao hospital" (E4). "Porque a gente precisa de ajuda pra pegar um carro, um ônibus ou um carro pequeno e às vezes não tenho dinheiro pra ir, aí tenho que me virar [...] Mas preciso de ajuda, alguém que possa vir me buscar [...]" (E1).

Em decorrência do aparecimento de doenças crônico-degenerativas e suas complicações, os usuários com mais de 60 anos são os principais consumidores da farmacoterapia moderna, sendo que 80% tomam, diariamente, no mínimo, um medicamento e utilizam mais medicamentos que qualquer outro grupo etário. Quando hospitalizados, chegam a receber entre oito a quinze medicamentos por dia (VASCONCELOS et.al., 2005). A esse aumento na ingestão de medicamentos próprios da idade, em decorrência de doenças

associadas, é acrescido na rotina diária do usuário o esquema para tratamento da tuberculose, constituído de: Rifampicina, Isoniazida e a Pirazinamida por 02 meses e depois a Rifampicina e a Isoniazida por 4 meses. O controle bacteriológico mensal, a cultura, o teste de sensibilidade, o acompanhamento do quadro clínico e a radiografia de controle a cada 02 meses podem determinar alterações do esquema terapêutico e inclusão de outras drogas (SANTANA; TAKAGAKI, 2007).

Os relatos seguintes corroboram esta afirmativa: “Tomo dois (comprimidos) pela manhã em jejum e quatro de 10h. O remédio da pressão é pela manhã, também tomo remédio pra dormir porque tive um AVC e fiquei com uma seqüela na cabeça e o doutor passou dois remédios que eu tomo até hoje, um é pra cabeça que é de manipulação e o outro é pra dormir que tomo uma bandinha [...] até a insulina que vinha tomar aqui no posto estou tomando em casa” (E5). “6h horas da manhã eu tomava dois comprimidos, 10h tomava quatro, daqui a dois meses eu terminava os quatro, aí agora eu tomo dois comprimidos pela manhã e Omeprazol para o estomago” (E6). “De manhã tomo Pantoprazol pra prevenir o estomago e depois do café, dois comprimidos e de 9h eu tomo um remédio para o cansaço, à tarde outro” (E4). “Bem... tomava seis comprimidos pela manhã, dois em jejum bem cedo, de 07 h, por dois meses, e depois de dois meses, dois comprimidos, só dois pela manhã [...] Tenho úlcera desde 1999 e tomo remédio até hoje, duas vezes por dia para controlar” (E2).

O uso de medicamentos por idosos também envolve o entendimento das mudanças estruturais e funcionais dos vários órgãos e sistemas como déficit de visão, perda de memória e diminuição da destreza manual. Estas mudanças podem afetar a capacidade do idoso em compreender adequadamente as orientações do tratamento medicamentoso, podendo se confundir e tomar medicamentos de maneira incorreta (VASCONCELOS et.al., 2005). As falas seguintes retratam bem este contexto: “Preciso (de ajuda), por que às vezes tenho medo de esquecer” (E1). “Tem coisas que eu entendo, outras não. A maioria das vezes não entendo e pergunto para minha filha [...] Minha filha é que escreve todos os horários para não confundir os remédios” (E5). “Eu entendo, tenho um pouco de dúvida, mas entendo” (E6). “Não, Entendo não! Pra tomar o remédio à enfermeira doutora L. que me ensina. Ela disse que eu tomasse todo dia de manhã” (E8). “Pelo menos para tomar os remédios eu tenho cabeça boa” (E4).

A quase totalidade dos entrevistados descreve o formato e sabem a cor dos comprimidos que tomam diariamente, mas não sabem referir o nome da medicação da qual fazem uso. Na maioria das vezes, quando interrogados sobre a medicação, iniciam suas falas descrevendo os medicamentos, como exemplificado a seguir: “Eu tomo dois comprimidos

vermelhos 6h da manha e quatro do branco 7h da manha [...] Eles aqui só dão o remédio com a fita vermelha e a branca” (E1).

Esse fato pode ser explicado pelo alto percentual de não alfabetizados, mas é um dado preocupante, já que medicações diferentes possuem o mesmo formato e cor, o que pode levar a erros na tomada da medicação. Esse dado abre um leque de questionamentos quanto ao tipo de orientação dispensada pelos profissionais de saúde aos idosos não alfabetizados que utilizam medicação diariamente (VASCONCELOS et. al., 2005).

O uso de medicação dessa clientela apresenta peculiaridades, pois, com a idade, diminui a massa muscular e a água corporal. O metabolismo hepático, os mecanismos homeostáticos, assim como a capacidade de filtração e de excreção renal podem ficar comprometidos, o que leva à dificuldade de eliminação de metabólicos, acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e produção de reações adversas. Pode, inclusive, haver superposição entre essas últimas e os quadros mórbidos pré-existentes. Estes fatos reforçam a imagem negativa dos medicamentos. Estudos evidenciaram que o principal problema na manutenção do tratamento medicamentoso é o medo dos efeitos secundários, pois associam esses, ao surgimento de uma segunda doença. Ainda em relação aos efeitos colaterais, o uso de múltiplos produtos, e/ou o uso de dois ou mais fármacos com a mesma atividade e o treinamento inadequado da equipe de saúde favorecem o aparecimento dos efeitos adversos e das interações medicamentosas em idosos (VASCONCELOS et. al., 2005).

Um grande problema na utilização dos fármacos para tratamento da tuberculose é a duração do tratamento, de seis a doze meses, o número de doses e efeitos colaterais como náuseas, vômitos, icterícia, perda de equilíbrio, asma, alterações visuais, diminuição da audição, neuropatia periférica e até cegueira. A adesão depende também de como o indivíduo doente controla e articula o seu corpo e qual a sua visão do que é ou não uma boa resposta do corpo às sensações desagradáveis. Quando percebe que a melhora depende do seu comportamento, tende a seguir, o mais corretamente possível, a terapêutica (SOUZA; VASCONCELOS, 2005).

Os relatos seguintes expressam as principais reações adversas observadas e interpretadas pelos idosos quanto à administração da medicação: “Aqui no hospital já me deu febre, me senti cansado, fraco, sem disposição” (E1). “Só a primeira vez que minha orelha doeu, ardeu, mas depois parou, mas não só a orelha, mas meu corpo ficou todo inchado, não conseguia nem vestir a roupa, era uma coceira tão grande, mas eu não parei o medicamento não e com quinze a vinte dias desapareceu a coceira todinha” (E2). “A urina sai um pouco vermelha por causa do remédio, né?” (E4). “No início do tratamento quando eu tomava os

quatro comprimidos tinha tontura, mas a médica disse que era normal, só se apresentasse qualquer outro problema que eu procurasse ela, mas graças a Deus não foi preciso” (E5). “Só um pouco de quentura” (E6). “Logo que eu tomei senti uma “quentura” no corpo, daí voltei lá e ela (médica) disse: É assim mesmo, continue, se piorar você vem aqui, pra diminuir a dosagem [...] depois não deu mais nada não” (E7). “Tive no começo, tive muita reação, dava uma coceira que eu não agüentava não [...] Eu chamava a medica ai ela disse: É assim mesmo é a reação dele, mais vai melhorar! [...] nunca tomei remédio pra melhorar não” (E8).

É relevante que os profissionais de saúde, no acompanhamento de usuários idosos em uso de medicação, desenvolvam estratégias que contemplem orientações e informações sobre o diagnóstico e terapia utilizada, levando em consideração as mudanças trazidas pelo processo de envelhecimento.

A terapia medicamentosa deve ser enfatizada, não só no discurso inflexível de seguir corretamente a prescrição, mas na comunicação saudável entre profissional e paciente, abordando o tratamento medicamentoso e as condições de escolaridade, custos, presença de cuidador na família, número de comprimidos por dia, dentre outros. A equipe de saúde deve conhecer o processo de envelhecimento, as doenças associadas e desenvolver estudos, aprimoramentos dos cuidados e estratégias que contribuam para um melhor cuidado às pessoas idosas, incluindo neste cuidado as intervenções adequadas quanto ao uso de medicamentos (SOUZA; VASCONCELOS, 2005).

Entretanto, é preciso destacar que, embora o cuidado familiar seja um aspecto importante, ele não se aplica a todos os idosos. Existem aqueles que não têm família, há outros cujas famílias são muito pobres ou seus familiares precisam trabalhar e não podem deixar o trabalho para cuidar deles. Todavia, diferentemente dos países norte-americanos e europeus, a maioria dos idosos brasileiros ainda mora com a família (CALDAS, 2003). Um dos idosos entrevistados relata morar sozinho, como podemos verificar na fala que se segue: “Eu moro só [...] Eu tenho família, mas é em Recife, mas, faz trinta anos que saí de Recife, tô aqui na Paraíba. Tava viajando, né? Aí cheguei e parei” (E8).

Apesar dos avanços na terapêutica da tuberculose, a imagem popular (repleta de preconceitos e repulsa) ainda permanece presente dentro do contexto social. A presença do estigma, entretanto, às vezes velada, é percebida pelo paciente portador (DIAS; DIAS; PEDROSO, 2008). Desde o seu surgimento vem amedrontando a humanidade e talvez por ser uma doença tão antiga, o medo e a rejeição dos que convivem com ela nunca deixaram ou deixarão de existir, refletindo diretamente na vida do doente, forçando-o a experimentar afastamento e conseqüente isolamento social. Esta, quando surge inesperadamente, torna-se

um forte objeto ou causa, modificando comportamentos e desviando as condutas pessoais, fazendo com que os indivíduos se afastem da razão, devido ao próprio medo, que mascara as atitudes no enfrentamento de uma doença transmissível (BERTAZONE, 2000).

Desde os fins do século XVIII aumentava o repúdio aos doentes pulmonares. Foi observado inclusive em Nápoles, quando o compositor tísico Nicolo Paganini foi severamente perseguido pelas autoridades ao tentar estabelecer residência naquela cidade. Em Roma, René de Chateaubriand também registrou a mesma situação, pois ao se encarregar da venda dos móveis utilizados por uma amiga tuberculosa, não encontrou comprador, sendo obrigado a queimar a maior parte das peças, por ordem da milícia local. As informações registradas nas correspondências e diários dos tísicos daquela época denunciavam a rejeição e o isolamento por parte dos enfermos, que preferiam buscar tratamento de saúde em vários pontos da Europa, residindo em pensões e hotéis baratos (BERTOLLI FILHO, 2001).

Pode-se observar nessa passagem algo que se assemelha a esse fato: “Houve mudança na minha vida sim! Eu sempre saí de um lugar pra outro [...] porque eu moro em quarto né? Aí eu saí do Centro e fui morar em Bayeux [...] eu saí de lá (Centro) porque tossia muito e vomitei sangue [...]” (E8).

Existe preconceito dos familiares pelo fato de a tuberculose pulmonar ser uma doença carregada de estigmas e também pelo fato de apresentarem medo de se contaminar, culminando com a rejeição. Concordamos com HERZLICH (1991), quando o autor denota que "o agir das pessoas é orientado pela compreensão que possuem do objeto que motivou a ação" (p. 18). Um indivíduo envolvido com Tuberculose Pulmonar tem uma imagem negativa da doença e conseqüentemente experiência rejeição ou algum tipo de sentimento ligado a ela, refletindo conseqüentemente, nas relações que o doente tem com outras pessoas. Bertazone (2000) aponta que portadores sofrem com a aquisição desta doença, não só pelas manifestações clínicas, mas também pela possibilidade de vivenciar preconceito e rejeição, afetando conseqüentemente as relações sociais em geral, partindo do pressuposto de que podem ocorrer modificações no comportamento e conseqüentemente nas relações dos portadores de tuberculose pulmonar, após a manifestação da doença.

Observa-se neste estudo que ainda predominam reações negativas, embargadas de preconceitos, e que geralmente se sobrepõem aos sentimentos e laços que envolvem a família, os amigos e os parceiros. Os depoimentos em análise retratam esta evidência: “Eles ficam muito angustiados e nervosos. Minha família ficou meio cismada de vir aqui em casa [...] Mudou, disseram enquanto eu estivesse em casa não tomavam nenhuma xícara de café, não tomavam mais água [...] Eu disse: Meu Deus! minha família, mesmo meu sangue, e vocês não

comiam no mesmo prato que eu? e agora não comem mais? Tem muita gente espalhada por ai com tuberculose e se tratando [...]” (E1). “Só separei os talheres” (E6). “Houve! Eu saí de um lugar pra outro [...] Aí eu saí do Centro e fui morar em Bayeux, porque pra mim era melhor [...] Eu saí de lá (centro) porque tossia muito e também porque vomitei sangue [...] Sempre fiquei muito só. Aí inclusive uma menina que tinha lá dizia: num bebe agora na garrafa não! Ai ela não bebia. ‘Isso num pega, não?’ (dizia ela) O que tem de pegar, pega (dizia o entrevistado) [...]” (E8). “Não tiveram nenhuma reação inesperada não, só um pouco de cuidado” (E2).

As reações negativas interferem fortemente nas relações, provocando interferências e/ou modificações que geram o afastamento do casal, que se priva de se relacionar sexualmente, colocando assim, a tuberculose pulmonar como uma barreira entre os seus sentimentos e desejos (BERTAZONE, 2000). “Só o que mudou lá em casa foi à separação dos quartos [...] Cuidado em separar a louça, separar a dormida, porque dormia junto com meu marido” (E5). Um dos entrevistados referiu "não ter nenhuma reação" da família, enquadrando-se no tipo de reação neutra: “(ficou pensativo) Não teve nenhuma repercussão grande não” (E3). Outro relatou o esclarecimento de toda a família: “Foi normal, eu sou do interior de Taperoá, a família é toda esclarecida” (E4).

Para tanto, os portadores de tuberculose e seus familiares deveriam receber mais atenção no que diz respeito às orientações sobre a sua doença e principalmente um acompanhamento psicológico, pois, a grande maioria não dispõe de conhecimento a respeito da relação da doença com a sua vida. Há necessidade de promover e disseminar informação para fomentar o conhecimento sobre a doença, o que pode ser obtido através dos diferentes setores da sociedade, da saúde, da educação e da mídia (BERTAZONE, 2000; SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2004).

Diante de tal fragilidade, a adequação destas orientações contribuiria para uma socialização adequada dos mesmos, refletindo positivamente nos seus comportamentos, modificando suas atitudes e seus sentimentos, provocando assim, uma mudança nos seus modos de ver e enfrentar a tuberculose e a discriminação por ela provocada. Os pacientes necessitam ser compreendidos e têm direitos, sobretudo a uma assistência e a um relacionamento interpessoal humanístico, isentos de preconceitos, rejeições e omissões. Portanto, um dos passos fundamentais para a implementação de ações específicas ao portador de doenças transmissíveis é o conhecimento da realidade, é o identificar dos fatores que intervêm no experienciar o desenvolvimento desta doença (BERTAZONE, 2000).

Os conhecimentos equivocados, o estigma da doença e a falta de informação levam à conseqüências graves para os doentes e à população em geral, pois retardam a sua identificação precoce, perpetuando a sua disseminação, além de potencializar o estigma referido pelos doentes (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2004).

Frente ao exposto, fica evidente a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos, esta parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento (CALDAS, 2003). O cuidado ao doente de TB requer vínculo entre os trabalhadores de saúde e a família do usuário.

4.3 UNIDADE TEMÁTICA III: ATENÇÃO A PESSOA COM TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: o descompasso entre a dimensão política operacional do SUS e a prática das equipes de saúde.

“A crescente demanda de assistência à saúde da faixa etária que irá mais crescer nesse século e a existência de alternativas de atenção colocam importantes questionamentos a quem formula, planeja, executa e, principalmente, a quem financia os serviços de saúde. Insistir exclusivamente no modelo hospitalar e asilar significa uma total falta de sintonia com o que está acontecendo no mundo, como um desprezo pela realidade do idoso no Brasil” (Mendes, 2001).

Em conformidade com a proposta de descentralização das ações de controle da TB para o âmbito da atenção básica, seria esperado que as Unidades de Saúde da Família se consolidassem como “porta de entrada” do sistema de serviços de saúde. Ao serem questionados sobre qual o serviço de saúde que procuraram ou foram orientados a procurar quando da suspeita do diagnóstico de tuberculose, as respostas dadas pelos idosos foram às seguintes: “Procurei logo o Clementino Fraga” (E1). “Disseram que meu tratamento não era aqui (referindo-se ao hospital Laureano), aqui é para câncer [...] que o meu tratamento é tuberculose e me encaminharam para o Clementino Fraga” (E2). “Procurei o IPEP” (E3). “Medico particular mesmo” (E4). “Fui na clínica da doutora “L...”, aqui em Mangabeira mesmo [...] depois que eu fui encaminhada para o hospital (Clementino Fraga)” (E5). “A primeira tomografia foi “doutor M...”, aí ele encaminhou pra o Clementino” (E6). “Fiz tudo

aqui (no Clementino)” (E7). “Foi feito ai no Clementino” (E8).

É predominante nos relatos, que se adota como prática o encaminhamento e/ou procura espontânea por serviços especializados. Observa-se que inicialmente se aciona a unidade de referência estadual para tratamento de doenças infecto-contagiosas (Hospital Clementino Fraga), clínicas particulares ou consultas em planos de saúde. Apenas um dos entrevistados foi encaminhado pela Unidade de Saúde da sua área de abrangência, a um hospital de referência para tratamento de câncer, sendo posteriormente enviado ao Clementino Fraga.

A conformação da Unidade de Saúde da Família (USF) como porta de entrada do sistema deve integrar cuidados básicos e especializados tendo como pressuposto comunicação sistemática entre os serviços, mediada pelo fluxo de referência e contra-referência. Os resultados do estudo mostram atuação paralela dos serviços, onde a atenção básica não funciona como filtro obrigatório para atenção especializada, sendo esta acessada diretamente pelo usuário, o que pode ser indicativo de insuficiente organização da rede de serviços. Ademais, apontam para ausência de um ponto de primeiro contato facilmente acessível na Atenção Básica à Saúde, o que pode resultar no retardo ao diagnóstico e conseqüente agravamento do estado de saúde do doente. Sabe-se que quanto maior for o acesso aos serviços de atenção básica de qualidade tanto no campo assistencial como no campo da promoção e proteção à saúde, menor será a utilização de serviços especializados.

Starfield (2002) aponta que a solicitação de uma consulta a um “ponto de entrada” antes que a consulta possa ser realizada em qualquer lugar está associada à utilização reduzida tanto de outros serviços especializados como de consultas em sala de emergência. A idéia de que existe um ponto de entrada cada vez em que um novo atendimento é necessário para um problema e que esse ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção primária, secundária e terciária.

Em estudo realizado por Oliveira (2008), ao estudar o componente “acessibilidade às ações de diagnóstico e tratamento da TB no contexto dos serviços de saúde do município de Campina Grande–PB” destacou que 51% dos casos diagnosticados de TB, não procuraram a Unidade de Saúde da Família por ocasião do diagnóstico da doença.

Pesquisa realizada por Terra (2007), em São Paulo, aponta que os doentes não têm confiança na resolubilidade do trabalho nas unidades de saúde, uma vez que é comum percorrerem vários serviços até receber o diagnóstico completo. Estes achados corroboram com o estudo de Arcêncio (2008), o qual verificou que 34,5% dos doentes de TB foram encaminhados pelo pronto-atendimento ou hospital, sendo inexpressiva a contribuição da

atenção básica na identificação dos casos, uma vez que somente 9,8% dos doentes foram diagnosticados por Unidades Básicas de Saúde.

Segundo Travassos; Castro (2008), a percepção de uma necessidade de saúde pelo indivíduo pode originar o desejo de obter cuidado, que poderá implicar ou não na decisão de procurar serviços ambulatoriais ou hospitalares para a obtenção de atendimento.

Ao serem questionados quanto aos motivos de não procurarem a Unidade de Saúde da Família assim que se perceberam doentes, foi assinalado que: “Nesse bairro eu não conheço, eu sei que tem um em Mandacaru” (desconhecia a existência de USF próximo a sua residência) (E4). “A Unidade é longe e a mulher não agüenta com as crianças nos braços [...] Andando da uma meia hora” (E1). “Mas fica muito distante” (E5).

Observam-se nos discursos dois importantes fatores que intermediaram a relação entre a procura e a entrada no serviço. Primeiramente foi mencionado desconhecimento do usuário quanto à existência da USF próximo ao seu domicílio. A difusão de informações sobre o sistema de saúde, os serviços de saúde e as doenças e suas alternativas terapêuticas atuam como facilitadores da utilização de serviços. Outro ponto restritivo se relaciona a acessibilidade geográfica. A distância representa grande barreira de acesso aos serviços de atenção à TB e afetam principalmente a população pobre, posto que os centros de referência na tuberculose, geralmente, concentram-se nos locais mais centrais das zonas urbanas, enquanto os doentes tendem a se localizar nas regiões mais periféricas das cidades, incluindo zona rural (LIN et al., 2008). Esta situação se agrava quanto se trata de idosos com TB, que além das fragilidades decorrentes da patologia apresentam dificuldades relacionadas à idade.

Nesta direção, Oliveira, Carvalho e Travassos (2004) apontam que a desigualdade no acesso aos serviços de saúde deve considerar o padrão de localização destes serviços, e a variação nas distâncias que os indivíduos com problemas de saúde percorrem. Em estudo realizado por Prado, Fuiimori e Cianciarullo (2007) em duas unidades de saúde do município de São Paulo/SP, sendo uma com ESF, e outra sem ESF, constataram que a maioria das famílias que buscavam atendimento nas unidades com ESF ia a pé, porém, uma parcela maior de famílias não assistidas por ESF precisava usar ônibus para se deslocar até a unidade. Starfield (2002) acrescenta que os custos envolvidos com o deslocamento dos doentes, considerando os meios de transporte e o tempo, podem impactar significativamente sobre as populações economicamente menos favorecidas, aumentando os riscos em sua saúde.

Outro ponto mencionado pelos entrevistados como fator restritivo à procura pelas Unidades de Saúde da Família se refere às limitações funcionais impostas por estes serviços. “Porque tem dia pra atender as pessoas [...] E como eu tenho plano particular [...] E eu não gostei porque a pessoa não tem dia pra adoecer [...] é difícil o atendimento (na USF)” (E3). “Porque a médica é pediatra não é pneumologista, se desse eu iria pra lá” (E6). “Procurei não! Porque meus amigos disseram: Vai logo no hospital que lá eles batem logo o Raio X” (E7)

Estes relatos sinalizam a incapacidade dos serviços em dar resposta às necessidades dos pacientes, por um lado retratado por restrições que envolvem horários e dia de atendimento na unidade, e outro condicionado à concepção de que os serviços especializados são mais resolutivos. Fica evidente diante das falas, que os benefícios de um primeiro contato bem sucedido é importante para apoiar sua inclusão. As barreiras identificadas pelos idosos entrevistados indicaram menor disponibilidade das USF na atenção ao primeiro contato, norteadando, portanto a busca por outro serviço.

Cumprе assinalar que a procura de um serviço de saúde pela população, além de depender do acesso geográfico, depende da forma como os usuários são recebidos pela unidade, e da capacidade desses serviços na resolução dos problemas de saúde. As experiências dos usuários em relação à recusa de atendimento para “procura do dia” e da baixa resolutividade dos serviços, têm levado a uma inversão do sistema, possibilitando um aumento da procura dos serviços de urgência e emergência com problemas de saúde que poderiam ser resolvidos no âmbito da atenção básica (RAMOS; LIMA, 2003).

Um dos princípios do SUS é a resolutividade do atendimento, que está associada à forma como estão estruturados os serviços de saúde do município para atender as necessidades da população que busca estes serviços. Segundo Oliveira et al (2008), a resolutividade é definida como a exigência de quando o indivíduo vai procurar o atendimento ou quando surge um problema que represente impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente tenha capacidade de enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de complexidade exigida.

Por outro lado, Franco (2006) assinala que a organização da rede básica de saúde do SUS é excessivamente normatizada e a estratégia SF reflete isso, quando opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela. Acresce-se que o tempo de espera para ser atendido, tipo de profissional disponível, existência de medidas de acolhimento e de política de humanização e qualidade técnica do cuidado são características organizacionais que facilitam ou limitam a utilização dos serviços.

Outro aspecto a ser comentado se refere ao discurso de E7, em que verifica-se que o profissional da USF sugere que a unidade de referência seja acessada diretamente pelo usuário, justificando que neste local receberá melhor atendimento “[...] (a médica disse) Seu “Z...” não precisa vir aqui não, vá no hospital que lá eles lhe atendem direitinho, já tem a sua ficha e tudo”.

Starfield (2002) destaca que ao se deparar com um problema de saúde, os indivíduos deverão ter acesso a um profissional que possa ajudá-los a entender se o problema é sério o suficiente para necessitar de atenção adicional ou se é um problema autolimitado que não necessitaria de atenção adicional. A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção seja deslocada para níveis de maior densidade tecnológica.

Ademais, tal posicionamento influencia atitudes e reforça a idéia de que os serviços especializados são mais resolutivos. Denuncia posturas contraditórias com as diretrizes da estratégia SF, cujo pressuposto contempla três sentidos diferentes e complementares: o de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; o de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nestas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com os centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Leva, consciente ou inconscientemente, a sobrevalorização, seja material ou simbólica do uso de tecnologias de produto, em detrimento dos serviços de atenção básica, intensivos em tecnologias leves.

Não obstante, vale destacar, que a falta de resposta dos serviços de atenção básica e conseqüente encaminhamento aos serviços especializados ocasionam uso desnecessário de tecnologias ou mesmo incorrem em duplicidade de procedimentos. Observa-se, no depoimento seguinte, descontrolê e falta de organização do fluxo de pacientes quanto à realização de exames complementares, acarretando em aumento dos gastos para o Sistema de saúde: “Aí ela (médica) olhou a radiografia viu que era isso mesmo (TB) e me mandou ir ao Clementino [...] aí quando cheguei no Clementino preenchi aquele protocolo todo, daí fui para a médica, quando cheguei na médica do Clementino, já tinha feito o exame do escarro com doutora “L...”. Aí quando a médica me atendeu no Clementino, mesmo assim, pediu todos os exames de novo [...]” (E5).

Para Mendes (2002), um sistema integrado de serviços de saúde, deve cumprir três funções essenciais: o papel resolutivo, intrínseco a sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, o de resolver grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de

responsabilização, o de co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam. Acrescenta que um dos obstáculos se centra na carência de um suporte de exames de patologia clínica, oportuno e de qualidade, para o funcionamento das ESF. Boa parte das ESF e da população se ressentem de um apoio diagnóstico oportuno e com menos sacrifícios para as pessoas. Os resultados demoram a chegar às mãos dos médicos e muitas pessoas precisam se deslocar até um posto de coleta, distante de sua unidade básica, para colher o seu material de exame, o que envolve um custo econômico e social considerável.

Constata-se, portanto, no município estudado, fluxo desordenado e direcionamento dos pacientes idosos (com suspeita e diagnóstico de TB) para as unidades especializadas. A transferência de responsabilidades da USF para serviços de maior densidade tecnológica levanta o questionamento acerca do comprometimento local quanto ao cumprimento dos princípios organizativos do SUS. Observa-se, descentralização incipiente, uma vez que a totalidade de idosos pesquisados neste estudo se encontrava em seguimento na unidade de referência, não sendo contra-referenciados para unidade de sua área adscrita.

Do ponto de vista do usuário, a permanência do mesmo na unidade de referência acarreta uma série de dificuldades, pois exigem deslocamento regular para o segmento medicamentoso e avaliação médica. Ademais por se tratar de paciente idoso, precisa contar com auxílio familiar para locomoção. “De oito em oito dias eu volto aqui no Clementino porque eu pego remédio. Pra conseguir o remédio eu vou pedir a enfermeira [...] Ela manda esperar [...] Aí ela me dá pra eu tomar, aí eu vou tomar, e me dá mais um pouquinho e eu levo pra casa” (E8).

Observa-se neste depoimento que o paciente retorna semanalmente à unidade de referência para realização do tratamento supervisionado. Tal fato contraria o proposto pelas diretrizes do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que prevê supervisão medicamentosa diária. Seria esperado que as ESF se apropriassem dos casos existentes em sua área adscrita e se responsabilizassem pela supervisão terapêutica. Contudo, a desarticulação e inexistência de um fluxo de informação entre os diferentes pontos do sistema possivelmente ocasiona o desconhecimento dos casos pelas ESF.

Por outro lado, questiona-se o envolvimento das ESF, cujo pressuposto básico de trabalho implica no reconhecimento do território e dos problemas de saúde que afetam a população existente nesta área. A presença do idoso com TB, duplamente vulnerável, seja pela sua condição natural somada a uma doença infecciosa, não poderia passar despercebida pelas ESF. No entanto, ao serem questionados quanto ao recebimento de visitas domiciliares,

os idosos enfatizaram que as mesmas quando ocorrem, direcionam-se apenas para as crianças e gestantes residentes àquele domicílio: “[...] a enfermeira vai lá em casa, mas para resolver o problema de outras doenças” (E2) “[...] essa menina que eu tomei conta dela, ela ainda mora comigo, aí ela teve neném [...] Mas todo mês ela vem aqui ver os meninos sim! e sabe do meu caso. Ela vai mais por causa dos meninos, sabe?” (E5). “Vai fazer visita para minha nora por conta da menina, as agentes de saúde, desde que a menina nasceu eles vão lá todo mês para ver a menina, pesar [...] Pra mim não! Porque eu não procurei o posto” (E6). “Já veio a agente de saúde, ela veio saber como está a família, a médica também já veio, e a enfermeira também [...] De dois em dois meses, elas aparecem pra saber como está, se precisa fazer algum exame” (E7).

Todavia, observa-se mesmo após alguns anos de implantação da estratégia saúde da família, que ainda permanece fortemente enraizada em sua concepção, a extensão da cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, sobretudo para a população materno-infantil.

Segundo Bodstein (2002) e Teixeira; Solla (2005), ainda que não se possa afirmar que as ações e os serviços produzidos signifiquem, de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais. Estudos evidenciam que a prática das equipes se concentra, basicamente, na oferta organizada de serviços básicos como ações de educação sanitária dirigida ao grupo materno-infantil, que incluem planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, controle de desnutrição, infecções respiratórias e outros agravos.

Deste modo, observa-se que o sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender a saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos, provavelmente, apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos por mais tempo. Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS, sendo notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção (FIRMO et. al., 2003).

Portanto, o conhecimento de casos de TB na área de adscrita das ESF, implicaria minimamente na supervisão terapêutica diária dos mesmos e avaliação dos contactantes intradomiciliares. Considerando as dificuldades de locomoção de pacientes idosos seria recomendado que a supervisão medicamentosa se desse no domicílio do paciente. No entanto,

na prática, evidencia-se que a atuação das ESF se restringe exclusivamente a dispensação medicamentosa. Nos discursos a seguir, é notório a utilização da USF, por parte dos idosos, apenas como dispensador de medicamentos: “Aí ela me deu um encaminhamento para o SUS (a médica), para ficar recebendo o medicamento por aqui (USF Mangabeira) [...] Quando eu fui lá pegar, ainda não tinha chegado e só faltava dois remédios para acabar, daí pediram para o motorista pra pegar lá na Secretaria, me disseram que quando fosse 4h poderia voltar lá que os remédios estariam lá. E realmente estavam [...] Nunca faltou! “Volto ao posto de saúde toda vez que tenho que pegar os medicamentos para tuberculose, pressão e diabetes” (E5). “Só ia lá para pegar os medicamentos [...] Uma vez já faltou o medicamento, porque ela quis trocar para outro canto, mas eu fui na Secretaria de Saúde e imediatamente ligaram para ela e com poucos minutos chegou o medicamento no postinho” (E2). “O meu remédio de diabetes ela que traz, todo mês ela vem aqui na porta e me traz o remédio (agente de saúde) [...] Quando termina o remédio (TB) eu vou buscar outro, de mês em mês, quando chega lá já ta prontinho, tudo em ordem” (E7).

Os depoimentos evidenciam a medicalização no processo do cuidado, articulado à falta de interesse e de compromisso ético com a política de saúde e com sua comunidade, fragilizando a produção de vínculos e ameaçando o direito à saúde na perspectiva da integralidade.

O Ministério da Saúde garante aos doentes de TB os medicamentos de forma gratuita durante todo o período que for necessário. Desta forma, presume-se que o acesso gratuito a medicamentos para TB é um dos fatores para a adesão dos doentes ao tratamento, uma vez que a maioria apresenta condição financeira desfavorável. Acrescenta-se a esse fato, a opinião de Mendes (2002, p. 66) ao ressaltar que “o item que mais agrava o bolso dos pobres é a aquisição de medicamentos, que chega a atingir 50% dos gastos privados das famílias com saúde, com forte pressão dos medicamentos de uso contínuo”.

Não obstante a disponibilização gratuita dos medicamentos, 10% dos casos de TB no Brasil abandonam o tratamento antes da alta médica (RAVIGLIONE, 2008). Portanto, além da oferta medicamentosa, as equipes de SF deveriam controlar com maior precisão o uso adequado dos medicamentos e oferecer a orientação correta aos portadores da doença e suas famílias. Com a visita dos agentes de saúde, seria possível oferecer um acompanhamento adequado e verificar se, de fato, o medicamento está sendo usado pelo paciente. Isso porque, já no primeiro mês de tratamento, o portador da doença obtém melhoras significativas e acha que está curado. Geralmente, nesse período, o paciente pára de tossir e a indisposição geral causada pela tuberculose desaparece. O problema é que, ao interromper o tratamento, o

paciente se torna candidato a desenvolver uma tuberculose resistente à medicação (LUNA, 2008).

Quando questionados a respeito da continuidade do tratamento, dois idosos relataram terem interrompido a medicação por uns dias, enfatizando a falta de controle das equipes diante desta conjuntura: “Quando eu comecei, dei uma viajadazinha e passei oito dias sem tomar, aí voltei lá e a médica disse que eu não podia parar, que tinha que tomar certinho, aí mandou eu tomar um comprimidinho só para recuperar o desses oito dias” (E7). “Uma vez, porque era feriado, e eu não sabia que era feriado, depois foi que eu me toquei que fiquei sem o remédio” (E8).

Os discursos sugerem deficiência da ESF quanto ao acompanhamento do usuário no percurso do seu tratamento, uma vez que não houve planejamento e provisão medicamentosa por ocasião de viagem ou feriado. Observa-se que a responsabilidade no processo de gestão do cuidado não é compartilhada entre equipe e paciente. Segundo Sá et al (2007, p.718) “para que o tratamento da tuberculose tenha êxito é necessário que haja uma partilha de compromissos, envolvendo o serviço de saúde e o doente, através da criação de pactos, que contemplem as necessidades de ambas as partes”.

Logo, a situação apresentada remete à reflexão sobre o modo como os profissionais das equipes de saúde da família têm sido selecionados e capacitados para atuar na identificação de problemas e necessidades de saúde da comunidade sob sua responsabilidade. O princípio da integralidade prioriza a produção de vínculos entre profissionais e usuários à medida que sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na produção da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde (GOMES, 2007).

Na perspectiva do cuidado integral ao indivíduo, é indispensável que o profissional de saúde tenha mais sensibilidade, escute o outro, saiba o que ele pensa, por meio de atitudes que não sejam distintas e impessoais. O conhecimento da realidade e do contexto de vida do usuário é fundamental, considerando que o conceito de saúde envolve qualidade de vida, determinada pelo bem-estar biológico, psicológico e social (GOMES, 2007).

Nesse processo, seria de fundamental importância o envolvimento dos familiares do doente de TB ao seu projeto terapêutico. Entretanto, nota-se que a abordagem no contexto familiar direciona-se restritivamente para a investigação dos contactantes intradomiciliares. “A menina do posto de saúde disse: Sr. “J...” você está se tratando da tuberculose! A sua mulher vai ter que fazer exame de escarro [...] Ela perguntou também sobre as crianças, então eu informei que elas tinham tomado vacina. Agora como a sua mulher não tomou vacina tem

que levar (disse a enfermeira). Ela disse que tem que fazer os exames essa semana mesmo” (E1). “A agente de saúde deixou tudo agendado no PSF, o carro leva e trás no Clementino para fazer os exames, mas ninguém quis ir fazer porque tinha que trabalhar, isso faz uns três meses” (E2). “Já fizeram, mas agora não precisa mais” (E4). “Minha filha e minha neta fizeram uma radiografia do pulmão [...] Os outros não quiseram fazer, um porque não queria mesmo e o outro porque já era velho demais” (E5). “Vão fazer agora quando eu terminar o meu tratamento, tem que fazer os exames mesmo” (E7).

Apesar da orientação recebida, os relatos apontam que vários contatos não foram avaliados. Destaca-se que três idosos relataram que os comunicantes não fizeram e nem foram orientados a fazer nenhum tipo de exame por parte da equipe de saúde. Recomenda-se que todos os contatos diretos deveriam ser investigados quanto à presença de sintomas respiratórios. Casos suspeitos devem seguir a rotina prevista para o diagnóstico de tuberculose e os assintomáticos devem realizar radiografia de tórax (BRASIL, 2002a).

Segundo Mendes (2002), “Os profissionais de saúde encontrados no mercado não estão adequados, em quantidade e qualidade, à estratégia do PSF”. Por esta razão, este obstáculo constitui um forte impeditivo à institucionalização do PSF, especialmente nos espaços educacional e corporativo. Muitas vezes, esconde-se, sob a forma de racionalizações levadas para o campo das condições de trabalho, a insegurança dos profissionais de se colocar na linha de frente da APS sem o preparo adequado para agir como generalista ou sem uma retaguarda da educação permanente. Os trabalhadores da saúde formados pelas universidades, nos âmbitos da graduação e da pós-graduação, são preparados para o modelo convencional, com base nas especialidades e para a atenção a eventos agudos em sistemas de serviços de saúde fragmentados.

Há a necessidade de implementação de um projeto de acolhimento e de produção de vínculo, e que este seja um projeto de toda a equipe a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato, porque somente desta maneira será possível atender, de fato, as demandas e as necessidades dos sujeitos reais no trabalho em saúde. O vínculo permite uma aproximação mais efetiva entre paciente e profissional, chegando, por vezes, a acontecer um processo de transferência em que o profissional passa a representar algo importante na vida do paciente, e este, por sua vez, na vida do profissional. Desta maneira, estabelecem-se relações de escuta, de diálogo, de respeito, nos quais o usuário passa a entender a significância do cuidado a ele prestado e sua co-responsabilidade nesse processo (GOMES, 2007).

Criar vínculo implica em se sensibilizar com o sofrimento do outro, permitindo que os profissionais de saúde supram necessidades, intervenham, aconselhem, compartilhem opiniões,

promovam suporte psicológico para, assim, aliviar o sofrimento da pessoa com necessidades e/ou problemas de saúde (MERHY; et.al, 1994).

A idéia de cuidado integrado em saúde, compreende um saber fazer dos profissionais, docentes, gestores e usuários co-responsáveis pela produção da saúde “feito por gente que cuida de gente”. É fundamental compreender que o atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência á saúde, requerendo um compromisso com a prática multiprofissional. O caráter estigmatizante da doença e as condições sociais desfavoráveis da maioria dos doentes exigem o envolvimento e compromisso das ESF com esses usuários durante o tratamento, pois o impacto causado pela TB na vida das pessoas ainda é muito forte e pode interferir em várias dimensões do ser humano: física, social, psicológica, econômica e espiritual (GOMES, 2007).

Enfrentar o problema da TB, tanto para o doente como para aqueles que o cercam, não é tarefa simples como poderia parecer. Em decorrência de preconceitos, surgem cotidianamente entraves, tanto para o doente em assumir e seguir seu tratamento, quanto para os agentes de saúde nas ações para encontro de comunicantes e, em última instância, para controle da doença (PÔRTO, 2007).

Essa fragilidade se faz presente em alguns relatos: “Não apareceu ninguém que eu conversasse bem, que eu contasse o que estou sentindo [...] depois dessa mocinha que foi algumas vezes, não chega mais ninguém” (E1). “Mas eu gostaria de saber de onde vem essa doença, qual o problema” (E2).

A postura dos profissionais influencia no modo de como o doente vai compreender a doença, aceitar ou não aceitar o tratamento e conduzir a sua própria vida a partir de então. As equipes deverão estar preparadas para apoiar e favorecer esse processo, colocando-se sempre à disposição em meio a tantas desigualdades surgidas, pois o conhecimento e os significados construídos e introjetados pelos diferentes sujeitos, ao longo de suas experiências de vida, exercem influencia sobre suas ações (GOMES, 2007).

É notório a falta de preparo das equipes diante de tais situações. O abandono, a falta de orientação e a falta de recursos estão presentes não só no momento da alta hospitalar, mas também no decorrer do tratamento. Seria necessário que a questão do cuidado ao idoso doente fosse incorporada pela Estratégia Saúde da Família de forma específica, incluindo previsão de financiamento das ações e estabelecimento de uma rede de suporte institucional, o que ainda não foi feito. O cuidador informal poderia e deveria ser visto como um agente de saúde, recebendo orientações direcionadas para prestar um cuidado adequado ao idoso com tuberculose (CALDAS, 2003).

A assistência domiciliar aos idosos com algum tipo de comprometimento, em especial, àqueles portadores de doenças crônicas, como é o caso da tuberculose, demanda programas de orientação, informação e apoio por parte de profissionais capacitados em saúde do idoso, e essencialmente, do suporte informal e familiar, constituindo-se num dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deva deixar de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

O caminho a ser construído pela equipe para sua atuação deve ser pautado pela adaptação dos idosos tanto às perdas físicas (próprias do processo de envelhecimento, associadas às perdas decorrentes da doença), quanto às sociais e emocionais. Além disso, é importante fazer com que os idosos reconheçam a si mesmos e compreendam seu estado e tempo. Igualmente importante é estimular os idosos a descobrirem mecanismos de inserção social, tornando-os mais ativos e conscientes de sua importância e seu papel como cidadãos atuantes, diminuindo dessa forma o preconceito e o estigma em torno da tuberculose. Para atuar nesta perspectiva, é necessário que o poder público invista na formação de indivíduos capazes de lidar com os múltiplos aspectos que revestem o envelhecimento humano. O poder público deve prover condições para a apropriação do instrumental adequado e necessário para lidar com os problemas de saúde dos idosos e, assim, contribuir para o envelhecimento saudável e livre de doenças. O importante é integrar todos os recursos disponíveis (individuais e coletivos) em um processo no qual haja compensação pela incapacidade, redefinição de prioridades e adaptação à situação, permitindo aos idosos continuar, mesmo quando têm graves problemas de saúde (BEZERRA; SANTO; FILHO, 2005).

Programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais requeridos em face das demandas crescentes do envelhecimento populacional. A promoção da saúde é um tema em evidência na atualidade e que traz desafios para a ampliação das práticas no sentido de ressaltar os componentes socioeconômicos e culturais da saúde e a necessidade de políticas públicas e da participação social no processo de sua conquista. A incorporação da visão de promoção da saúde nos programas para idosos supõe uma abordagem crítica da prevenção e da educação em saúde e pode ser vista como um processo social em curso, complexo, que vem sendo estimulado em nível internacional por fóruns e documentos institucionais desde meados da década de 1980.

Capítulo 5

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A significativa expressão da tuberculose no Brasil, ante a história da saúde no país no século XX, deve-se à magnitude epidemiológica, ao conhecimento científico gerado, às representações produzidas no imaginário social e às políticas de controle da doença traçadas institucionalmente. A abordagem buscando a interseção entre esses vários aspectos permite estudos analíticos mais amplos da história da tuberculose.

Diante da complexidade dessa problemática, ao se avaliar os fatores relacionados à tuberculose acometendo idosos, pôde-se com base na análise do material empírico conhecer a visão dos idosos sobre a doença e seus efeitos no contexto familiar, bem como o acompanhamento e à atenção dispensada aos usuários pelos serviços de saúde, ao longo do tratamento.

Observa-se que a percepção das pessoas acerca de sua condição de saúde orienta suas escolhas de cuidados e tratamentos, bem como a forma de conviver com a mesma. O universo cultural dos doentes reflete, no modo como se percebem doentes, nas relações familiares e na condução terapêutica.

Quanto à percepção dos idosos acerca da doença, observa-se noções distorcidas sobre contaminação, transmissão e falta de compreensão dos avanços científicos no que diz respeito aos cuidados e tratamentos. Apesar de terem sido orientados pelos profissionais de saúde, apresentaram muitas dúvidas sobre o processo de desenvolvimento da doença e sua transmissibilidade. Mesmo aqueles que diziam saber que não mais transmitiam, mantinham certa preocupação, evidenciando dúvidas entre as informações recebidas e o conhecimento progresso adquirido através dos antepassados, tempo em que não havia cura para a tuberculose.

Vale ainda destacar que os idosos investigados faziam acompanhamento em um serviço de saúde referência para esta doença e todos já estavam em tratamento há algum tempo. Portanto, seria esperado que os mesmos recebessem alguma orientação sobre a tuberculose e os cuidados e tratamentos a serem efetuados. Tal fato leva a reflexão, por um lado, sobre o modo como os profissionais têm realizado as orientações, e por outro, como os idosos apreendem e interpretam as informações recebidas pelos profissionais de saúde.

Constatou-se que o projeto terapêutico do idoso com TB deve ser singular, pois, na maioria dos casos, ocorre sobreposição de outras doenças crônicas debilitantes, tais como, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Carcinoma Broncogênico, Pneumonias, diabetes,

insuficiência hepática, insuficiência renal, desnutrição, terapia prolongada com corticosteróides, alcoolismo, tabagismo, condições imunossupressoras, que os deixam mais vulneráveis, e remetem ao retardo para a confirmação do diagnóstico da tuberculose. Esse atraso é justificado pela tentativa de encontrar essas doenças “mais comuns” em detrimento da propedêutica específica da TB.

Por muitos, a doença foi definida a partir de suas manifestações, gerando muita controvérsia quanto aos fatores determinantes: há aqueles que acham que resulta do uso de cigarro, de uma gripe mal curada, de um vírus, hábitos alimentares. Nesta direção atribui-se que a doença associa-se à fome, à incapacidade de prover recursos mínimos para sua própria sobrevivência ou da família, e também aos excessos. O consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo e as “farras” deixam transparecer que o comportamento desregrado e amoral são ainda causas consideráveis de uma doença que envergonha. O doente com “mancha no pulmão” carrega uma marca que altera profundamente sua inserção no grupo social. Idéias ultrapassadas aparecem como que cristalizadas no imaginário popular. Enfrentar o problema como dado real, tanto para o doente como para aqueles que o cercam, não é tarefa simples como poderia parecer.

Identificou-se que o “adoecer por tuberculose” trouxe algumas situações indesejadas aos idosos, especialmente afetando seus relacionamentos. Ressalta-se o preconceito experimentado, evidenciado, sobretudo, pela separação de corpos e utensílios domésticos. Neste sentido a dualidade entre sentir-se amado e sentir-se rejeitado, é um sentimento vivenciado pelos entrevistados. A superação dessa situação parece ser possível somente com a compreensão mais ampla e clara dos riscos que a tuberculose traz.

O estudo evidenciou ainda que a maioria dos idosos têm como cuidador um membro da família. Delegar à família destes, a função de cuidar necessita de clareza sobre a estrutura familiar, o tipo de cuidado a ser executado, o tempo necessário, as características da doença e o acompanhamento profissional. A divulgação sobre a doença, seus cuidados, tratamento e a orientação individual e coletiva promovida pelos profissionais da saúde, se colocam como as estratégias que podem trazer resultados mais efetivos para um viver mais saudável com a tuberculose. Ao poderem falar livremente acreditam que estão sendo compreendidos em toda a extensão de sua situação, sentindo-se dessa forma como que “reconfortados”, amparados, e passam a acreditar que é possível viver melhor com seu problema de saúde. Com o fluxo das informações tornando-se mais livre haverá uma abertura para a compreensão das informações sobre o tratamento e sobre as implicações de seguir ou não tomando as medicações.

Logo, o acompanhamento dos casos de tuberculose pelos profissionais de Saúde, deverá estar fundamentado no resgate da humanização do cuidado, no qual o profissional realizará escuta solidária, identificando as necessidades manifestadas pelo doente, e com ele definir-se-á as melhores estratégias de agir na perspectiva de ser o tratamento da tuberculose um processo de co-responsabilização. Para que este tratamento tenha êxito será necessário que haja uma partilha de compromissos, envolvendo o serviço de saúde, o doente e a família, através da criação de pactos, que contemplem as necessidades de ambas as partes.

O uso de medicação por idosos apresenta algumas peculiaridades, pois, com a idade, diminui-se a massa muscular e a água corporal. O metabolismo hepático, os mecanismos homeostáticos, assim como a capacidade de filtração e de excreção renal podem ficar comprometidos, levando à dificuldade de eliminação de metabólitos, acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e produção de reações adversas. Pode, inclusive, haver superposição entre essas últimas e quadros mórbidos pré-existentes. Logo, o acompanhamento de idosos em uso de medicação contínua deve privilegiar orientação e informação periódica do conjunto dos medicamentos e de seus possíveis efeitos adversos. O profissional deverá estar atento verificando sempre a compreensão da prescrição e das orientações farmacológicas por parte dos idosos e da família, além da simplificação dos esquemas de administração.

Esses fatos podem reforçar a imagem negativa dos medicamentos nesses usuários. O principal problema na manutenção do tratamento medicamentoso é o medo dos efeitos secundários, pois associam esses ao surgimento de uma segunda doença. O uso de múltiplos produtos, e/ou o uso de dois ou mais fármacos e o treinamento inadequado da equipe de saúde, também favorecem o aparecimento dos efeitos adversos e das interações medicamentosas em idosos. As características socioeconômicas e culturais, geralmente, representadas pelas variáveis: renda, ocupação, escolaridade, classe social são importantes, pois interferem no sucesso da intervenção.

Contudo, a orientação dispensada ao idoso e seu respectivo cuidador deve ser diferenciada considerando particularidades tais como: grau de instrução, déficit visual e auditivo. O profissional de saúde deve estar atento para o fato, que as propriedades cognitivas no paciente idoso podem se encontrar afetadas, resultando em dificuldade para o entendimento ou lembrança correta de seus regimes terapêuticos. Entretanto, considera-se imprescindível que o idoso seja estimulado a assumir a co-responsabilidade pelo tratamento, pois o processo de envelhecimento não o torna incapaz, no entanto, quando ocorre uma participação ativa da família, os resultados na manutenção do tratamento podem ser potencializados.

Um outro aspecto evidenciado pelo estudo contraria a concepção da APS, pois a ESF não funciona como porta de entrada no sistema de saúde para os casos de TB em idosos. Ao serem questionados sobre o acesso ao diagnóstico e tratamento da doença, a maioria dos usuários relatou a procura pelo hospital por ocasião da suspeita da doença. Com o grau de carência de grandes extratos da nossa população e, principalmente, em função da ausência concreta de alternativas para acessar os serviços de que necessita, não resta alternativa que não seja a de utilizar dos serviços de urgência.

Vale ressaltar que a descentralização da política de saúde propiciada pelo SUS é favorecedora da experimentação de mais de um modelo assistencial em nível municipal. A implantação da Estratégia de Saúde da Família é um bom exemplo disto. Repensar o Sistema de Saúde como “círculo” tira o hospital do topo, da posição de “estar em cima”, como uma pirâmide induz na nossa imaginação, e recoloca a relação entre os serviços de forma mais horizontal. Por esta concepção, o que importa mais é a garantia de acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do Sistema de Saúde.

Diante disso, as USF deveriam ter como missão principal, o reconhecimento dos grupos mais vulneráveis na sua área de atuação e a responsabilidade de garantir atendimento adequado às pessoas sujeitas ao maior risco de adoecimento e morte que compõem estes grupos. Para cumprir esta missão, a unidade deverá se estruturar para as seguintes atividades principais: delimitar e conhecer em profundidade o seu território, em todos os aspectos que são pertinentes aos cuidados de saúde; prestar atendimento direto às pessoas que pertençam aos grupos mais vulneráveis e funcionar como articulador competente do acesso destas mesmas pessoas a recursos de maior densidade tecnológica, em outros pontos do sistema. Deverá ainda organizar-se para dar acolhida a todas as pessoas que, tendo entrado em outros pontos do sistema, necessitam de atendimento regular e qualificado.

Outra debilidade identificada nesse estudo se refere às fragilidades existentes na construção de vínculo entre equipe de saúde e usuário com TB, isso tem ocasionado a diminuição da qualidade e da eficácia das ações do controle da TB no âmbito da APS. Observa-se que as ESF, não realizam o TS dos casos de TB em sua área, e nem tão pouco direcionam sua atenção aos usuários idosos. Exercem o papel de meros dispensadores de medicamentos. Ademais, por ocasião da visita domiciliar a atenção volta-se quase que exclusivamente à cuidados materno-infantis. A situação requer a adoção de medidas intersetoriais pela gestão local, maior envolvimento da família e do profissional com a operacionalização do DOTS e mudanças no processo de trabalho das Equipes de maneira a

potencializar as relações de confiança e de compromisso, ora existentes. O TS é capaz de estabelecer relações de vínculo, acolhimento e responsabilidade do doente para com o tratamento e com a equipe de saúde responsável.

Há de se convir, que para garantir certa continuidade das intervenções realizadas nos Serviços de Saúde, os processos de trabalho devem sofrer alterações importantes para que os mecanismos de fluxos de comunicação nos diferentes níveis possam ser garantidos e com o mínimo de interrupções possíveis para que as ações de saúde promovam impacto no controle da tuberculose.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, W.B.; BERKOW, R. **Manual Merck de Geriatria**. São Paulo: Roca, 1995.

ALEIXO, J.L.M. A Atenção Primária à Saúde e o programa Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**. n.1, ano 1, 2002. Disponível em: <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br>. Acesso em 24/04/2007.

ALVES, L.C.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Revista Pan-americana de Salud Pública**. v.17 n.5-6. 2005. Acesso em: 20/09/ 2008.

AMSTERDAM DECLARATION TO STOP TB, **adotada na Conferência Ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Sustentável**. Amsterdã, Holanda, 2000. Disponível em:**Erro! A referência de hiperlink não é válida.**[101d101101101101dam_conference/documents/decla.pdf](http://www.dam_conference/documents/decla.pdf). Acesso em 16/05/2007.

AQUINO, F. T. M. **O envelhecimento da população na Paraíba: algumas características**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gerontologia Social. Universidade Estadual do Ceará, 1998.

ARCÊNCIO, R.A. **A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto, 2007**. 167f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3.ed. p. 223. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARREIRA, D.; GRANJEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**. v.41 (supl. 1) 4-8. São Paulo, 2007.

BARROS, R.P.; MENDONÇA, R.; SANTOS, D. **Incidência e Natureza da Pobreza entre Idosos no Brasil**. Rio de Janeiro, 1999.

BERTAZONE, E.C.; GIR, E. Aspectos Gerais da Sexualidade dos Portadores de Tuberculose Pulmonar Atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto-SP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.8 n.1. Ribeirão Preto, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12442.pdf>. Acesso em 01/10/2008.

BERTOLLI FILHO, C. **História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

BEZERRA, A.F.B.; SANTO, A.C.G.E.; FILHO, M.B. Concepções e Práticas do Agente Comunitário na Atenção à Saúde do Idoso. **Revista Saúde Pública**. V. 39 n. 5. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26303.pdf>. Acesso em 26/10/08.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.7. n.3. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000300002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 14/08/2007.

BRANCO, B.P.C. **Pneumologia: Atualização e Reciclagem**. João Pessoa: Editora Universitária, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2.ed. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/ CRPHF/SBPT, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos-IDB-Brasil-2007**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>. Acesso em: 07/02/09.

_____. Ministério da Saúde. **Nova estratégia amplia acesso ao tratamento da tuberculose**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/visualizar_texto.cfm?idtx=21102>. Acesso em 28 janeiro 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2.ed. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/prevencao/site/UploadArq/ProgramaTB.pdf>>. Acesso em 17/01/2008.

_____. Ministério da Saúde. **Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o controle da tuberculose**. 6. ed. Brasília: Centro de Documentação do ministério da saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, nº 237-E, pp. 20-24,, seção 1, 13 dez 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Conselho Nacional de Saúde, 1996.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**. V. 19 n. 3, 2003. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300009
Acesso em 10/09/08.

_____. **O Sentido do Ser Cuidando de uma Pessoa Idosa que Vivencia um Processo Demencial**. 2000. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

CALIARI, J.S.de; FIGUEIREDO, R.M. Perfil de Pacientes com Tuberculose Internados em Hospital Especializado no Brasil. **Revista Panamericana de Infectologia**. v.9. n.4. p.30-35, 2007. Disponível em: http://www.revista-api.com/4%20edicao%202007/pgs/art_5%200407.html. Acesso em: 28/09/2008.

CAMPINAS, L.L.S.L.; FERRAZOLI, L.; TELLES, M.A.S.; et al. **Manual de orientação para coleta de amostras de escarro, e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da Tuberculose**. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Divisão de Tuberculose, 2002.

CAMPOS, G.W.S, Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**. v.12 n.2, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000200002&script=sci_arttext&tlng=en
Directory. Acesso em: 08/04/2008.

CATTANI, R.B.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. Cuidar do Idoso Doente no Domicílio na Voz de Cuidadores Familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.06, n.02, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em: 22/01/09.

CAVALCANTI, Z.R.; ALBUQUERQUE, M.F.P.M.; CAMPELO, A.R.L.; et al. Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. **J Bras Pneumol**. v. 32 n. 06, 2006. Disponível em: http://jornaldepneumologia.com.br/PDF/2006_32_6_11_portugues.pdf. Acesso em: 12/06/2008.

CHAIMOWICZ, F. Age Transition of Tuberculosis Incidence and Mortality in Brazil. **Rev Saúde Pública**. v. 35. n. 01, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102001000100012&script=sci_arttext&tlng=en
Acesso em: 19/05/2008.

CLEMENTINO, F.S.de. **Tuberculose: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença na visão do portador**. 2008. Projeto de Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

CORDEIRO, H.O. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial. **Cadernos Saúde da Família**. v.01. n.11. p. 13-15, Brasília:MS, 1996.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DIAS, R.J.O.; DIAS, V.L.; PEDROSO, E.R.P. Estigma e Mal de Hansen: avaliação de 237 pacientes asilados e hospitalizados na Casa de Saúde São Francisco de Assis, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Bambuí, Brasil, de 1943 até 1998. **Revista Médica de Minas Gerais**. v.18. n.2, 2008. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/4/3>. Acesso em: 04/08/2008.

DOMINGUEZ, B.N.R. **O programa de saúde da família**: como fazer. São Paulo: CGE Computação Gráfica/Editora Ltda, 1998.

FIRMO, J. O. A.; BARRETO, S. M.; LIMA-COSTA. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 817-827, mai/jun, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15885.pdf>. Acesso em: 01/05/2008.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro: CEPESCIMS/ UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudanças do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et. al. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio)** Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

FUNDAÇÃO SEADE. São Paulo em dados, 2001. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em: 20/11/07.

GOMES, A.L.C. **Avaliação do Desempenho das Equipes de Saúde da Família no Controle da Tuberculose no Município de Bayeux- PB**: O vínculo e o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.de S. (org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 19 ed. p.67-80. Petrópolis: Vozes, 2001.

GONÇALVES, H. A Tuberculose ao Longo dos Tempos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 07. n.02. p. 303-25. Rio de Janeiro. Jul/out, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000300004. Acesso em: 22/02/2008.

GURIAN, M. B. F.; OLIVEIRA, R. C. de. Atuação fisioterapêutica na saúde do idoso. **CLARETIANO-Revista do Centro Universitário**, Batatais. n.02. São Paulo. jan/dez, 2002.

HARVIS, K. A.; RABINS, P. V. Dementia: Helping family caregivers cope. **Journal of Psychosocial Nursing**, v.27, n.5, 1989.

HAZZARD, W. R.; BRERMAN, E. L.; BLASS, J. P.; ETTINGER, W. H.; HALTER, J. B. **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. 3. ed. New York: McGraw Hill, 1994.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, v. 1, n. 2, p. 23-24. Rio de Janeiro, 1991.

HINRICHSEN, S. L. **DIP: Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (**IBGE**), 2008. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 28/06/2007.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio-PNAD**. Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/metodologia.shtm>. Acesso em: 29/01/09.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002.

KARSCH, U. M. S. **Envelhecimento com Dependência**: Revelando Cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.

_____. Idosos Dependentes: Famílias e Cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**. v.19, n.3. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300019 Acesso em: 12/09/2008.

KOMATSU, R.S. **Aprendizagem Baseada em Problemas**: sensibilizando o olhar para o idoso. São Paulo: ABEM, 2003.

LIMA, D. S. **Documento técnico contendo dados consolidados dos principais indicadores que caracterizam a situação da tuberculose dos municípios prioritários (João Pessoa, Patos e Santa Rita) do estado da Paraíba**. 2008. OPAS. Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Gerencia Executiva de Vigilância em saúde, Núcleo de Doenças Endêmicas, Mar, Paraíba, 2008.

LIN, X.; CHONGSUVIVTWONG, V.; GEATER, A., LIJUAN, R. The effect of geographical distance on TB patients delay in a mountainous province of China. **Int J Tuberc Lung Dis**. França, v. 12, n.3, p. 288-293, dez., 2008.

LUNA, E. Equipes do PSF vão atender pacientes com tuberculose: país registra a cada ano cerca de 85 mil novos casos da doença. **Correio de Uberlândia 70 anos**, 2008. Disponível em: www.correiodeuberlandia.com.br. Acesso em: 25/11/08.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**. v. 27. n. 65, p. 243-256, set-dez, 2003.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**. v.20, n.5, set-out, 2004. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2004000500037&script=sci_arttext&tlng= =. Acesso em: 10/05/2008.

MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERCK MANUAL TUBERCULOSE. 2006. Disponível em: www.msd.brazil.com/msdbrazil/patients/manual_Merck/mm_sec17-181.htm/. Acesso em: 23/10/07.

MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S.; CECÍLIO, L.C.O. (Org). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA JR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. de S. (org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**. 7. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000.

_____. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6.ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004.

MONNERAT, G.L.; SENNA, M. de. C.M.; SOUZA, R.G.de. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. Revista **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 07.n. 03.p. 509-521, 2002.

MUNIZ, J.N.; VILLA, T.C.S. O impacto epidemiológico do tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto 1998-2000. **Bol. Pneumol. Sanit.** v.10 n.1. Rio de Janeiro. Jun, 2002. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103460X2002000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 02/09/2008.

NASCIMENTO, D.R. **Tuberculose: de questão pública a questão de Estado: a liga brasileira contra a tuberculose**. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 1991.

OGDEN, J.; WALT, G.; LUSH, L. The Politics of “branding” in Policy Transfer: the case of DOTS for Tuberculosis Control. **Social Science & Medicine**, n.57, 2003.

OLIVEIRA, A.R. **Avaliando as condições de acessibilidade dos doentes de tuberculose ao diagnóstico e tratamento em Serviços de saúde do município de Campina Grande/PB**. 146f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2008.

OLIVEIRA, E. X. G. de.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar dos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 20, supl. 2, p. 298-309, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/23.pdf>. Acesso em 19/02/2008.

OLIVEIRA, M.M.de. **Como Fazer Pesquisa Qualitativa**. Recife: Bagaço, 2005.

OPAS-OMS. **Comunicación social em control de tuberculosis:** Las Américas 2005, apresentação em slides do Programa Regional de Tuberculose, pelo Dr. Rodolfo Rodríguez, em Santa Cruz de la Sierra, Bolívia, 31 de maio de 2005.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1999.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. *In:* FREITAS, E. V. de. *Et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PASCHOAL, M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do envelhecimento. *In:* CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría:** Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2005.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde.** v. 2, n.2, p. 47-55, jun., 2006.

PICKLES, B.; COMPTON, A.; COTT, C. **Fisioterapia na Terceira Idade.** 2.ed. São Paulo: Santos, 2000.

PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Rev. Bras. Mater. Infant.**, Recife, v.5, n.1, dez, 2005.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa:** na atenção à saúde. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

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

PRADO, S.R.L. de.; FUIIMORI, E.; CIANCIARULLO, T.I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos. **Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis: UFSC, v.16, n.3, p.399-407, 2007.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A.D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro: v. 19, n.1, p. 27-34, jan. fev., 2003.

RAVAGNI, E. Sintoma, o mito da idade. **Revista do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**, Recife, ano 2, n.5, p.10-12, Nov/Dez. 2004. RAVIGLIONE, M. O combate à tuberculose. **Estadão.com.br**, 2008. Disponível em: www.estadao.com.br. Acesso em: 25/11/08.

REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia Geriátrica: A prática da Assistência ao Idoso**. São Paulo: Manole, 2004.

RODRIGUES, L. et al. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. **Rev. Saúde Pública**, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/editorial.pdf>. acesso em 11/08/ 2008.

RODRIGUES, R.A.P.; DIOGO, M.J.D. **Como Cuidar dos Idosos**. Editora Papyrus, 2ª edição, 1996.

RUFFINO-NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, 1999.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, S.T.C. **Tuberculose – Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – Histórico e peculiaridades regionais**. São Paulo: Instituto do Milênio – Rede TB, 2006.

SÁ, L. D. et al. A experiência da implantação da estratégia DOTS em seis municípios paraibanos. In: RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. **Tuberculose – Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil. Histórico e Peculiaridades Regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB-USP, 2006.

_____. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.4, p. 712-718, 2007.

SÁNCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. Conhecimento Sobre a Tuberculose por Estudantes Universitários. **Bol. Pneumol. Sanit.** v.12 n.1. Rio de Janeiro, 2004. Acesso em: 09/09/2008.

SANTANA, A.N.C.; TAKAGAKI, T.Y. **Tuberculose Pulmonar em Idosos: Atualizações Diagnósticas e Terapêuticas em geriatria**. Atheneu. cap.50, pg. 475 a 480, 2007.

SCHERER, M.D.dos.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. V.9, n.16, set. 2004/fev, 2005.

SCHNEIDER, A. et.al. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2007.

SILVA, A.C. de. **O O tratamento Supervisionado da Tuberculose: Percepções do enfermeiro do Programa Saúde da Família de João Pessoa-PB.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

SILVA, F.C.da. Tuberculose Pulmonar. **Curso de Especialização em Fisioterapia Respiratória em UTI e VM: com ênfase em clínica médica.** São Paulo, 2005.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M.da. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública.** v.19. n.3. mai/jun, 2003. Acesso em: 27/11/08.

SONTAG, S. **A doença como metáfora.** 3º ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

SOUZA, M.V.N.; VASCONCELOS, T.R.A. Fármacos no Combate a Tuberculose: Passado, Presente e Futuro. **Quim. Nova.** v.28. n.04. Rio de Janeiro, 2005.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V. Grupos de convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. **Rev. Brasileira de Enfermagem,** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a20.pdf>. Acesso em: 12/01/ 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco; 2002.

SUZUKI, H.S. Conhecimentos Essenciais para Atender bem o Paciente Idoso. São Paulo: Pulso, 2003.

TARANTINO, A.B. **Doenças Pulmonares.** 5ª ed. Vol.I e II. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: Trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N.T. et al. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

TERRA, M.F.; BERTOLOZZI, M.R. Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Rev Latino-am Enfermagem.** V.16. n.4. São Paulo. Jul/ago, 2008.

TERRA, M. F. **O tratamento diretamente supervisionado (“DOTS”) como estratégia para adesão ao tratamento da tuberculose:** significados segundo profissionais de saúde da supervisão técnica de saúde do Butantã, São Paulo-SP. 2007. 168f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

UNAIDS/WHO. **Epidemiological Fact Sheet**. 2004. Update, Brazil. Disponível em: <http://www.unaids.org/EN/Geographical+Area/by+country/brazil.asp>. Acesso em: 20/08/2007.

VANDERVOOT, A. A. Alterações biológicas e fisiológicas. In: PICKLES, B. *Et al.* **Fisioterapia na terceira idade**. 2. ed. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2000.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**. v.23.n.53. Rio de Janeiro. set/dez, 1999.

VASCONCELOS, F.F.; VICTOR, J.F.; MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, T.L. Utilização Medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. **Acta Paul. Enferm.** v.18. n.02. São Paulo. Apr/June, 2005.

VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S.; PALHA, P.F., MONROE, A.A. Tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose em uma Unidade de Saúde de Ribeirão Preto: A percepção de doente. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. vol.10. n.01. jan/jun, 2002.

VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S.; SANTOS, M.de. L.S.G.; GAZETTA, C.E. Aspectos Epidemiológicos Atuais da tuberculose e o Inpacto da Estratégia DOTS no Controle da Doença. **Rev Latino-am Enfermagem**. Vol. 15. N. 01. Jan/fev, 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 20/11/2008.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 2.ed. vol.1. São Paulo: Atheneu, 2002.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D.de.; OLIVEIRA, R.G.de. Descentralização e Federalismo: a política de saúde em novo contexto-lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.7. n.3 p.493-507, 2002.

VICENTIN, G. **Saúde e Mineração na Amazônia:** o caso da mineração Rio do Norte. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Publica Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000.

VICENTIN, G.; SANTO, A.H.; CARVALHO, M.S. Mortalidade por Tuberculose e Indicadores Sociais no Município do Rio de Janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.7. n.2. 2002. Acesso em 18/09/2007.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia**: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

WHO. **Global Tuberculosis Control**: surveillance, planning, financing (Genebra: WHO, 2006).

_____. **What is dots?:** A guide to understanding the WHO- recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Geneva: WHO, 1999.

_____. **Active Ageing: a policy framework**, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/ageing>. Acesso em 09/12/07.

ZAGO, M.A. A Pesquisa Clínica no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**. v.09, n.02. p. 363-374, 2004.

ZURRO, M.A.; PÉREZ, C.J.F. **Atención Primaria**: conceptos, organización y practica clínica. 4.ed. Madrid: Editora Hartcourt, 1999.

Apêndice 1

Roteiro para entrevista

DIAGNÓSTICO:

- O Sr. (a) sabe o que está tratando no Clementino Fraga? Sabe o que é tuberculose? Por que acha que ficou doente?
- Como foi que o Sr. (a) descobriu que tinha esta doença?
- Qual o primeiro Serviço de Saúde que procurou? Quem lhe indicou este serviço? Quem o levou a este serviço? Como foi recebido (a) lá? Quais foram os atendimentos oferecidos? Ou o senhor (a) procurou diretamente o Clementino Fraga?
- Há Unidades de Saúde da Família próximas à sua residência? Procurou pela Unidade de Saúde antes da procura pelo hospital?
- O diagnóstico clínico foi realizado na Unidade de Saúde? Como foi feito? Onde realizou os exames complementares? Quais exames foram solicitados? Realizou na Unidade o exame do escarro? Recebeu o pote coletor? E o raio X onde foi realizado? Quanto tempo o Sr. (a) demorou para saber que estava doente?
- Foi orientado (a) quanto à coleta do escarro? Quem lhe orientou? Como foi esta orientação? Colheu em casa ou na Unidade de Saúde? Levou o material coletado para onde? Quem levou este material? Teve que se deslocar? Necessitou de auxílio transporte? Teve algum tipo de ajuda da família?
- Ao receber a confirmação do diagnóstico, tinha algum familiar com o Sr. (a)?
- A sua família recebeu algum tipo de orientação acerca da sua doença? Como foi a reação da família diante da confirmação da doença?
- Houve algum tipo de mudança na rotina da sua casa? E com relação às pessoas que convivem com o Sr. (a)?
- O sr. (a) trabalha? Houve algum tipo de mudança no seu ambiente de trabalho? E com relação as pessoa que trabalham com o Sr. (a)?
- Essa doença causa algum tipo de empecilho na sua Vida Diária? Que tipo de empecilho?

TRATAMENTO:

- Como está sendo realizado o seu tratamento? Qual a periodicidade que o Sr. (a) retorna ao Serviço de Saúde?
- Já recebeu na sua residência a visita de algum profissional da Equipe de Saúde da Família? Quem? Como foi esta visita? Com que frequência acontecem essas visitas?
- Qual a atividade realizada pelo profissional que o (a) visitou? Como o Sr. (a) faz para conseguir o medicamento?
- Foi orientado (a) como tomar o medicamento? Por quem? Apresentou alguma reação com o uso do medicamento? Qual? O que o Sr. (a) fez para resolver este problema? Quem o (a) ajudou? Como?
- Já ficou sem tomar o medicamento alguma vez? Por quanto tempo e por quê?
- Já faltou o medicamento no Serviço de Saúde que o Sr. (a) frequenta?
- O Sr. (a) faz algum exame de controle durante o tratamento? Qual? Com que frequência?
- O Sr. (a) já faltou alguma vez ao retorno? Por quê? Alguém da Equipe entrou em contato? Necessita de algum tipo de ajuda para ir aos retornos?
- Quando o Sr. (a) não pode comparecer ao retorno manda avisar? Telefona?
- Recebe algum tipo de auxílio para o tratamento? Qual? Onde o Sr. (a) pega este auxílio? Quem o (a) entrega?
- Necessita de algum tipo de ajuda familiar para realizar o tratamento? Que tipo de ajuda? Quem presta essa ajuda? Como?
- Entende bem a prescrição do médico? Necessita de ajuda para a medicação? Por quê? Como o Sr. (a) toma a medicação? Em que horários?
- Encontra algum tipo de dificuldade para realizar o tratamento no Clementino Fraga? Qual?
- As pessoas que moram com o Sr. (a) fizeram algum tipo de exame quando foi diagnosticada sua doença? Quais?
- Mais alguém na sua família teve ou tem tuberculose? Quem?
- Que outros tipos de cuidado o Sr. (a) tem com o tratamento? Como acha que a tuberculose é transmitida?
- Possui alguma outra doença associada? Qual? Por quanto tempo? Toma outros tipos de medicamentos? Com que frequência? Quem supervisiona?
- O Sr. (a) mede seu peso durante os retornos? Com que frequência?

- Quanto tempo espera para ser atendido (a) na consulta médica? É sempre o mesmo médico que o (a) atende? Alguma vez deixou de acontecer o atendimento? Por quê?
- Já ficou internado (a)? Onde? Por quê? Como foi?
- Já fez sorologia para o HIV ou outros tipos de exame?

PERCEPÇÃO DOS ATENDIMENTOS PRESTADOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE:

- O que o Sr. (a) acha do atendimento recebido pelas Equipes de Saúde?
- Se esse atendimento fosse próximo a sua casa o que o Sr. (a) acharia? Facilitaria em algo?
- Porque não faz esse acompanhamento na USF?
- Já participou de alguma atividade educativa (palestras/ grupos), para conversar sobre sua doença?

Apêndice 2

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Título do Projeto: “Tuberculose no idoso: Visão sobre a doença, a assistência e suas implicações no contexto familiar”

Pesquisadoras responsáveis: Nayanna Pereira Diniz Dália Alencar (Aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba) e Prof. Dr. Jordana de Almeida Nogueira (Orientadora).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) senhor (a) a participar do estudo apresentado, que tem como objetivo analisar sob a percepção de idosos em tratamento de tuberculose, sua visão acerca da doença, suas implicações no contexto familiar e a atenção dispensada pelos serviços de saúde.

A finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria da produção de cuidados ao portador de tuberculose, acompanhados por Equipes de Saúde, e colaborar com as ações de controle da tuberculose no município de João Pessoa (PB), beneficiando, neste sentido, a região metropolitana de João Pessoa, território considerado prioritário para o controle da TB na Paraíba.

A sua participação é estritamente voluntária, não havendo nenhuma forma de compensação financeira, visto que a mesma é de livre e espontânea vontade. Enfatizo que o(a) senhor(a) poderá desistir de participar deste estudo em qualquer momento.

Além do seu consentimento, peço-lhe permissão para a divulgação dos resultados desta pesquisa, em eventos científicos, deixando claro que sua identidade será mantida em sigilo, respeitando a sua privacidade.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

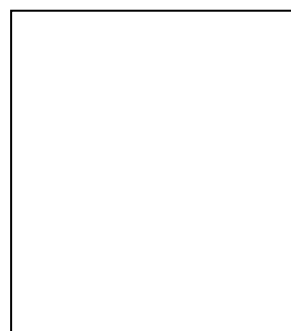
Diante dos esclarecimentos recebidos pela pesquisadora, aceito participar do estudo, estando ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, ____/____/____

Assinatura do Participante da pesquisa

Assinatura da Pesquisadora responsável

Assinatura da Testemunha



Contato com a pesquisadora responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Nayanna Pereira Diniz Dália Alencar.

Endereço profissional: Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Centro de Ciências da Saúde, Escola Técnica de Saúde, Cidade Universitária, 58059900 – João Pessoa, PB, Brasil; E-mail: nay_alencar@hotmail.com Telefone: (83) 32167189;

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 2ª Reunião Ordinária, realizada no dia 30/04/08 o projeto de pesquisa de Nayanna Pereira Diniz Dalia Alencar, intitulado: “PERCEPÇÃO DE IDOSOS EM TRATAMENTO DE TUBERCULOSE FRENTE À ASSISTÊNCIA PRESTADA PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO SANITÁRIO III, NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB”. Protocolo nº. 0079.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.


Eliane Marques D. de Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB