**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TALINA CARLA DA SILVA

**INFLUÊNCIA DE GÊNERO NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE**

**SÃO PAULO
2019**

TALINA CARLA DA SILVA

INFLUÊNCIA DE GÊNERO NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE

Versão corrigida da Tese apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Doutora
em Ciências

Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Rita Bertolozzi

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo
2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Talina Carla da

Influência de gênero na adesão ao tratamento da tuberculose /
Talina Carla da Silva. São Paulo, 2019.
194 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Rita Bertolozzi

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

1. Tuberculose. 2. Adesão à medicação. 3. Gêneros
(grupos sociais). 4. Enfermagem. I. Título.

Nome: Talina Carla da Silva

Título: Influência da categoria gênero na adesão ao tratamento da tuberculose.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Primeiramente, dedico a Deus este trabalho, pois o senhor mudou a minha história, permitiu na minha vida o que “ninguém podia imaginar”.

À memória da minha mãe, que deixou em mim a ânsia de mudar o rumo da minha vida.

Ao meu amado esposo Ricardo, meu porto seguro, meu abrigo, dedico a minha vida.

Ao meu amado pai, por me ensinar a ser resiliente.

Aos meus irmãos, pelo apoio incondicional. A vocês, todo o meu amor.

À minha grande amiga, professora e exemplo de ser humano, Dra. Tânia M^a Ribeiro M. de Figueiredo, que nunca desistiu de mim, minha eterna gratidão.

À minha querida orientadora, Dra. Maria Rita Bertolozzi.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*Minha eterna gratidão, respeito e admiração a minha orientadora **Prof.^a Dra. Maria Rita Bertolozzi**.*

Agradeço por ter aceitado o desafio de realizar este trabalho comigo e por toda disponibilidade de tempo dedicado a transmitir o seu conhecimento, o qual mudou a minha existência e me transformou em uma mulher e profissional melhor. Foi um privilégio conviver com a senhora, pois cada segundo ao teu lado foi um aprendizado indelével. Obrigada pelo incentivo e pela confiança depositados em mim quando muitas vezes eu achei que não conseguiria. Obrigada pela paciência e compreensão diante dos meus erros.

Meu respeito passou a ser maior, quando descobri que por trás dessa formidável educadora e pesquisadora, existia uma mulher, forte e muito generosa. E agradeço, ainda, por ser um agente transformador das realidades cruéis, já que cada semente que plantou em mim me tornará uma multiplicadora de mudança social. Como diz Paulo Freire:

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.

(Paulo Freire)

Obrigada, querida Professora!

AGRADECIMENTOS

Muitas são as pessoas as quais tenho que agradecer, aos citados e não citados nesta página, minha gratidão pela contribuição e amparo no desenvolvimento deste trabalho.

*Meu mais profundo agradecimento ao meu amado esposo **José Ricardo**, que esteve ao meu lado em todos os momentos dessa árdua e prazerosa jornada, sendo meu porto seguro nos momentos mais difíceis e me fazendo acreditar que conseguiria concluir. O seu silêncio e o seu abraço seguro eram reconfortantes, pois saber que, independente do resultado, você continuaria acreditando em mim, foi fundamental para não desistir. Obrigada por compreender a minha ausência física em alguns períodos desses quatro anos, por ter aberto mão de oportunidades importantes para você, a fim de me apoiar nesse sonho. Esse período só me fez amá-lo e admirá-lo ainda mais e, sem você, nada disso seria possível. A você, minha eterna gratidão e amor.*

*Agradecimento mais que especial à **Dra. Tânia M^a Ribeiro M. de Figueiredo**, professora, amiga, mentora, um anjo que Deus colocou em minha vida, pois sinto que nosso encontro nessa vida foi obra de Deus. Tudo que sou enquanto profissional e muito do que sou como ser humano eu devo à senhora. Palavras não definem minha gratidão, admiração, respeito e amor.*

*Ao meu pai **Luiz Gonzaga** e, in memoriam de **Maria**, por ter acreditado que deveria buscar e lutar pelos meus sonhos.*

*Aos meus **irmãos**, em especial a **Fatinha e Raimundo**, por serem mais que irmãos, meus incentivadores, e por terem desempenhado em alguns momentos papéis de mãe e pai na minha vida. A todos os meus irmãos, muito obrigada. Eu amo imensamente vocês.*

*Aos meus **sobrinhos**, pelo apoio.*

*À Família (**dona Isolda, sr. Jailton, Isoldinha e Cibely**) que não é de sangue, mas que Deus me apresentou e permitiu que eu tivesse a chance de experimentar o convívio, o amor e o fazer parte. Agradeço em especial a minha amiga-irmã **Cibely**. Saiba que você sempre foi um anjo em minha vida. Obrigada por ter aberto as portas da sua casa e permitido que fizesse parte dessa linda família. Eu serei eternamente grata, por tudo que fizeram por mim, amo vocês.*

À minha amiga-irmã **Mayrla Lima Pinto**, minha companheira de todos os momentos. A nossa amizade perdurou ao longo dos tempos, e você reforçar aquela frase de Raul Seixas: “Sonho que se sonha só é só um sonho, mas um sonho que se vive junto é realidade”, me deixou ainda mais feliz em relação ao elo que criamos. Seguimos e sonhamos juntas, dividimos muitas alegrias, sofrimento e luta. Você foi essencial nessa caminhada.

À **Sheylla Nadjane Batista Lacerda** que, como amiga, me incentivou e em momentos de muita fragilidade me mostrou que ainda tinha força para levantar a cabeça e seguir em frente. A você, minha imensa gratidão e amor.

Agradeço em especial à **Sheylla Nadjane Batista Lacerda**, como Diretora Pedagógica da **Faculdade Santa Maria-FSM**, por ter me apoiado e permitido a minha ausência das minhas atividades na instituição de ensino em momentos cruciais na construção desse trabalho e realização do doutorado. Agradeço a todos da equipe dos cursos de **Enfermagem e Medicina** da referida instituição, que direta e indiretamente me ajudaram a possibilitar essa ausência e a concretização do doutorado. A minha eterna gratidão a vocês. Alguns nomes irei destacar, pois foram autores fundamentais nesse processo: **Dra. Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa, Dra. Renata Lívia Silva Fonsêca Moreira de Medeiros, Me Aracele Gonçalves Vieira, Geane Silva Oliveira**. Agradeço também a toda equipe da **Pós-graduação da FSM** que entenderam e me ajudaram na minha ausência: **Quésia e Camila**.

Aos amigos da **FSM** que diariamente compartilham comigo momentos de alegria e aflições, os quais foram suporte nessa caminhada. Cada um de vocês sabem o valor que têm para mim e o quanto sou grata: **Elisângela Vilar, Magno Marcio, Aracele Gonçalves, Michel, Juliane Carla, Ankilma do Nascimento, Gorete Sarmento, Renata Lívia, Geane, Marcelane Yuri e Renata Braga**. Vocês são especiais para mim.

Às pessoas que no final dessa jornada foram anjos que Deus colocou na minha vida para suportar os dias nublados, cada um de vocês sabe da importância que tem para mim. As palavras têm poder, meu muito obrigada: **Laís Alencar, Thiegda, Palloma Queiroga, minha cunhada Micheline Abrantes**.

Às professoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP, pelos ensinamentos.

Aos colegas do grupo de pesquisa de Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva.

*O doutorado me deu de presente uma amiga, companheira e parceira de trabalho e da vida, **Giovanna Mariah Orlandi**. Você foi sem dúvida meu suporte no desenvolvimento e conclusão do doutorado, uma vez que nossos caminhos se cruzaram para nunca mais se separar. Obrigada, amiga, por tudo! Que Deus mantenha sempre essa sua generosidade para com o próximo.*

*À **Érica Gomes Pereira**, que se tornou uma amiga e por ter compartilhado seu conhecimento comigo, bem como a sua visão da vida. Que nossos caminhos continuem se cruzando.*

*Aos amigos que fiz no doutorado e me ajudaram nessa caminhada de alguma forma. **Dany Leonette**, obrigada por compartilhar o seu conhecimento de gênero e sua força diante dos obstáculos; **Clara, Verônica e Alexandre**, pelos momentos de conhecimentos compartilhados, risadas e angústias.*

*Agradecimento especial a **Kalyenne Antero**, minha amiga e irmãzinha mais nova. Você foi mais que uma amiga nesse processo, extremamente essencial. Obrigada pela ajuda intelectual, na coleta, pela acolhida na tua casa as vezes que tive que ficar em Campina Grande-PB. Minha irmã, temos uma longa caminhada juntas, mas saiba que nada do que disser será suficiente para agradecer tudo que fez por mim. Amo você.*

*À **Iana e Patrícia**, por terem ido comigo na casa de cada paciente para realização da coleta de dados.*

*Aos **professores Albano Paulino e Silvanna**, pela leitura e correção do Português.*

*Ao **Prof. Dr Jozemar P. Santos**, por me ajudar a realizar análise dos dados quantitativos.*

Aos membros da Comissão Julgadora da Tese de Doutorado, por aceitarem o convite para avaliarem meu estudo.

A todos os pacientes que fizeram parte deste estudo, por terem aceito de forma voluntária participar desta pesquisa, acreditando no objetivo deste trabalho.

Muito obrigada a todos que contribuíram com a construção desse trabalho!

O sertanejo é, antes de tudo, um forte"

(Euclides da Cunha, 1902)

“Ó Mulher! Como és fraca e como és forte!

Como sabes ser doce e desgraçada!

Como sabes fingir quando em teu peito

A tua alma se estorce amargurada!”

(Florbela Espanca, ano desconhecido)

Silva TC. Influência da categoria gênero na adesão ao tratamento da tuberculose [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: A tuberculose (TB) ainda apresenta alta incidência em âmbito mundial, taxas de abandono do tratamento acima da média preconizada e dificuldade de se alcançar a cura. Ao longo do tempo a doença tem acometido, proporcionalmente, mais homens do que mulheres. No entanto, das doenças infecciosas, a TB é a que mais tem levado mulheres ao óbito. Entre os desafios para a melhoria desse quadro epidemiológico, sobressai a adesão ao tratamento e o gênero parece ser um dos condicionantes que contribuem para dificultá-la. **Objetivo:** Analisar a influência da categoria gênero na adesão ao tratamento da tuberculose no município de Campina Grande-PB. **Metodologia:** O estudo é do tipo transversal, de tendência temporal, descritivo-exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada no município de Campina Grande-PB. A primeira etapa contemplou a parte quantitativa com descrição do perfil epidemiológico da tuberculose no período 2001-2016, com um total de 2.228 casos. A segunda parte foi qualitativa, tendo sido realizadas entrevistas com os doentes por tuberculose, residentes nessa mesma localidade e notificados no ano de 2016. A amostra foi de 63 sujeitos. A análise dos dados quantitativos contemplou frequências simples e cruzamentos de variáveis, tendo sido aplicado o teste de Qui-quadrado. A análise qualitativa foi realizada segundo a Teoria de Geração de Sentido. O projeto foi submetido a Comitê de Ética. **Resultados:** O perfil dos entrevistados revela as mulheres, com 27,6% na faixa etária 41 a 52, 25% ensino fundamental completo, 86,2% tem uma crença religiosa, 60% são católicas, 42,9% são solteiras, 65,5% tem filhos, 33,3% estão trabalhando, 78,6% possui remuneração pela ocupação. Já o grupo dos homens apresentaram 23,5% na faixa etária de 41 a 52, 60,6% analfabetos, 67,6% tem religião, 60,9% são católicos, o estado civil apresentou o mesmo resultado 38,2% disseram ser solteiros e 38,2% referiram ser casados, 67,6% tem filhos, 68,6% estão trabalhando, 100% possui remuneração pela ocupação. Da análise dos depoimentos emergiram três categorias: Gênero e TB, Processo saúde-doença e Elementos que condicionam o tratamento. Identificou-se maior participação dos homens como chefes de família e sua presença preponderante em atividades extra-domicílio, enquanto as mulheres tiveram presença preponderante como *donas de casa*, destacando-se menor conhecimento desse grupo em relação à doença. Os depoimentos dos homens revelam traços de masculinidade historicamente formada no espaço social onde foi desenvolvido o estudo, as mulheres em seu processo de tratamento, enfrentam o processo saúde-doença e o tratamento dando continuidade à sua participação na família. Os sujeitos de ambos os grupos relataram sentimentos negativos sobre a TB, tendo enfrentado dificuldades, principalmente de acesso, na trajetória até a descoberta da enfermidade. Os homens identificaram como principal barreira para a adesão ao tratamento as questões financeiras e as mulheres, a mudança da rotina nas atividades domésticas e no cuidado com os familiares. **Conclusão:** Confirma-se que a adesão não se reduz a um ato de volição individual, mas está relacionada ao processo de reprodução social, e, sendo a categoria gênero cultural e socialmente determinada, foi possível identificar sua influência na adesão ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose. Adesão à medicação. Gênero. Gênero em Saúde. Enfermagem.

Silva TC. Influence of gender category on adherence to tuberculosis treatment [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Background: Tuberculosis (TB) still presenting high incidence worldwide, default rates above the recommended average, and difficulty in achieving the cure. Over time, the disease has proportionally affected more men than women. However, among infectious diseases, TB is the one that has most lead women to death. Among the challenges for the improvement of this epidemiological picture, is highlighted that adherence to treatment and gender seem to be one of the elements that contribute to hinder it. **Aim:** To analyze the influence of gender on adherence to TB treatment in the city of Campina Grande-PB. **Methodology:** The study is a cross-sectional, descriptive-exploratory, and temporal trend with quantitative-qualitative approach. The research was placed in the city of Campina Grande-PB. The first stage included the quantitative part with description of the epidemiological profile of TB between 2001-2016, with 2,228 cases. The second part was qualitative through interviews with TB patients who were living in the same area and notified in 2016. The sample consisted on 63 individuals. The analysis of quantitative data includes simple frequencies and crossing variables, and the Chi-square test was applied. The qualitative analysis was performed according to the Theory of Generation of Sense. The project was submitted to the Ethics Committee. **Results:** The profile of the interviewees reveals women with 27.6% in the age group 41 to 52 years, 25% complete elementary school, 86.2% have a religious belief, 60% are Catholic, 42.9% are single, 65, 5% have children, 33.3% are working, 78.6% had paying occupation. The male group had 23.5% in the age group from 41 to 52 years, 60.6% were illiterate, 67.6% had religion, 60.9% were Catholic, the civil status had the same result, 38.2% were single, 38.2% were married, 67.6% had children, 68.6% were working, 100% had paying occupation. From the analysis of testimonies, emerged three categories: Gender and TB, Health-disease process and Treatment mediators. It was identified a larger participation of men as heads of families and their preponderant presence in extra-domicile activities, while women had a predominant presence as *housewives*, highlighting the lower knowledge of this group in relation to the disease. The testimonies of men reveal evidences of masculinity historically formed in the social space where the study was developed, women in their treatment process face the health-disease process and treatment, continuing their participation in the family. Individuals in both groups reported negative feelings about TB, having faced difficulties, mainly about access, in the trajectory until the discovery of the disease. Men identified financial issues as the main barrier to adherence to treatment, and women changing routine in domestic activities and in caring for family members. **Conclusion:** It is confirmed that adherence is not reduced to an individual act of volition, but it is related to the process of social reproduction and, since gender category is culturally and socially determined, it was possible to identify its influence on adherence to treatment.

KEYWORDS: Tuberculosis. Medication adherence. Gender. Gender in health. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos nas bases de dados. 2018.	23
Figura 2 - Localização do município de campina grande.	60
Figura 3 - Seleção da amostra da pesquisa.	63
Figura 4 - Seleção da amostra para o perfil histórico.	64
Figura 5 - Seleção dos casos para as entrevistas. Campina Grande-PB, 2016.	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.	24
Quadro 2 - Categorias e subcategorias de análise, Campina Grande/PB, 2018.	69
Quadro 3 - Categorias e subcategorias de análise.	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pacientes com tuberculose, segundo variáveis sociodemográficas e sexo. Campina Grande/PB, 2001-2016.	72
Tabela 2 - Pacientes com tuberculose segundo sexo e perfil de saúde-doença. Campina Grande/PB, 2001-2016.	75
Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos da amostra, segundo perfil sociodemográfico e segundo os grupos de homens e mulheres. Campina Grande-PB, 2016.....	77
Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos da amostra, portadores de TB, segundo perfil socioeconômico e sexo. Campina Grande-PB, 2016.....	79
Tabela 5 - Distribuição dos sujeitos do estudo segundo algumas características clínicas, acesso ao serviço de saúde e sexo. Campina Grande-PB, 2016.	83

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DOTS	Directly Observed Therapy Short Course
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDR	Multidroga-resistência
MS	Ministério da Saúde
NRS	Núcleo Regional de Saúde
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Tuberculose
PSF	Programa Saúde da Família
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TS	Tratamento Supervisionado
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	18
1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 TUBERCULOSE: MAGNITUDE DO PROBLEMA	20
1.2 TUBERCULOSE: MAGNITUDE DO PROBLEMA.....	22
1.2.1 A tuberculose e as relações de gênero- revisão da literatura.....	22
1.3 GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE.....	45
1.4 A ADESÃO AO TRATAMENTO E TUBERCULOSE.....	50
2 OBJETIVOS.....	55
2.1 GERAL	55
2.2 ESPECÍFICOS.....	55
3 METODOLOGIA.....	57
3.1 TIPO DE ESTUDO	57
3.2 REFERENCIAL TEÓRICO	58
3.3 LOCAL	59
3.4 ETAPAS DO ESTUDO	61
3.4.1 Primeira Etapa	61
3.4.2 Segunda Etapa	62
3.5 COLETA DE DADOS.....	63
3.5.1 ETAPA 1	63
3.5.2 ETAPA 2.....	64
3.6 ANÁLISE DE DADOS	67
3.6.1 Análise quantitativa dos dados.....	67
3.6.2 Análise Qualitativa.....	67
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	69
4 RESULTADOS	71
4.1 Etapa 1	71
4.1.1 Série histórica dos casos de tuberculose	71
4.2 Etapa 2	76
4.2.1 Perfil sociodemográfico dos entrevistados.....	76
4.2.2 Análise dos depoimentos de mulheres e homens com tuberculose.....	83
5 DISCUSSÃO.....	128
5.1 ETAPA 1.....	128
5.1.1 Série histórica (2001-2016).....	128
5.2 ETAPA 2.....	136

5.2.1	Perfil dos entrevistados	136
5.2.2	Os depoimentos de mulheres e homens com tuberculose	146
5.2.3	Categoria I - Gênero e tuberculose.....	146
5.2.4	Categoria II- Processo saúde-doença	151
5.2.5	Categoria III - Elementos que condicionam o tratamento.....	160
6	CONCLUSÃO.....	166
	REFERÊNCIAS	171
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	188
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	190
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	193
	ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	194

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Este estudo integra a linha de pesquisa sobre a categoria analítica **adesão**, que está inserida no grupo de pesquisa cadastrado no CNPq intitulado **Vulnerabilidades, adesão e necessidades em saúde coletiva**.

A proposta de investigação é fruto das inquietações geradas nos estudos – cujo objeto era o doente com tuberculose – realizados por ocasião da iniciação científica, em atividades de extensão e no mestrado. O desejo de entender, ainda um pouco mais, os processos que ocorrem durante a evolução da Tuberculose solidificou-se na prática durante o trabalho de campo, já que convivo, quase diariamente, com pessoas que adoecem por tuberculose. Diante disso, emergiu o questionamento: o **gênero** tem alguma influência na adesão dos pacientes ao tratamento?

A Introdução da presente Tese está estruturada como se segue. Inicialmente, procedeu-se à revisão da magnitude da tuberculose nos âmbitos mundial, nacional e do município em estudo, Campina Grande-PB. Depois, foi realizada revisão bibliográfica dos estudos que relacionavam tuberculose e gênero. Posteriormente, apresenta-se a discussão sobre a questão da adesão ao tratamento da tuberculose.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 TUBERCULOSE: MAGNITUDE DO PROBLEMA

A tuberculose (TB) tem sido considerada a representação da imperfeição da civilização pois, apesar dos avanços científicos em várias áreas do conhecimento, ainda não tem sido concretizada a sua eliminação. Essa doença afeta prioritariamente pessoas com comprometimento imunológico e com condições sociais que produzem vulnerabilidades. Para Bertolozzi (1998), a TB representa a determinação social do processo saúde-doença, porque resulta da desigualdade social e causa impactos sociais, ocorrendo, sobretudo, em populações mais vulneráveis e na faixa etária economicamente ativa, o que interfere na economia das sociedades e impõe sofrimento intenso aos doentes e seus familiares.

O quadro epidemiológico global da doença é preocupante, uma vez que se trata da enfermidade infecciosa que mais causa óbitos, além de constituir a décima causa de morte em todo o mundo. De fato, em torno de 1,3 milhões de pessoas foram à óbito em 2017, em decorrência da doença (World Health Organization - WHO, 2018; Brasil, 2019; Costa et al., 2019). No grupo de mulheres e nos adultos jovens, destaca-se como uma das três principais causas de morte (Ortblad et al., 2015; Maciel, 2016; WHO, 2018). Dados mundiais indicam que as metas de controle da TB, no contexto dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) – deter e reverter a epidemia da tuberculose e reduzir pela metade a prevalência, as taxas de mortalidade e não ultrapassar o percentual de 5% de abandono do tratamento até o ano de 2015, tomando-se como base os indicadores de 1990 – não foram alcançadas em sua totalidade, entre os 22 países que concentravam 80% dos casos (Bertolozzi et al., 2014; WHO, 2018).

O quadro epidemiológico supracitado resulta das desigualdades socioeconômicas, da pobreza, da fragilidade dos sistemas de saúde, que dificultam o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da população mais vulnerável, além do elevado índice de subnutrição, da migração e do envelhecimento das populações (Uplekar et al., 2015; Gebrezgabihe et al., 2016; Hino et al., 2018). Também pelo fato de atingir mais intensamente os países em desenvolvimento e suas respectivas condições socioeconômicas, propôs-se um conjunto de medidas aplicáveis pós-2015, denominado Estratégia pelo Fim da Tuberculose, com a finalidade de se reduzir a incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes, ou seja, redução de 80% da

incidência quando comparado a 2015, e de 90% da mortalidade até 2035 (Uplekar et al., 2015; Kritski et al., 2016; Maciel, 2016; WHO, 2018).

Em 2017, foram notificados no mundo 6,4 milhões de novos casos e cerca de 10 milhões de pessoas desenvolveram a enfermidade, das quais, 5,8 milhões eram homens e 3,2 milhões, mulheres (WHO, 2016, 2018; Furin, Cox, Pai, 2019).

Apesar de o maior percentual de casos ainda incidir em pessoas do primeiro grupo acima mencionado, a proporção nas mulheres tem sido considerada elevada pela Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2018). Estudos indicam que um terço dos casos de TB são subnotificados e/ou não são diagnosticados, principalmente entre os casos ativos em mulheres – daí o subtratamento da doença nesse grupo (Ortblad et al., 2015; Uplekar et al., 2015).

O Brasil está entre os 30 países, considerados de média e baixa renda, que concentram a maior carga da doença (Furin, Cox, Pai, 2019). O Brasil passou de 18º lugar para 20º no *ranking*, cumprindo a meta dos ODM propostos pela OMS. Como se percebe, a TB ainda é um problema presente e permanente ao longo do tempo no país (Ruffino-Netto, 2002; Brasil, 2018). A propósito, em 2018 foram notificados 72.788 casos novos da enfermidade, o que equivale ao coeficiente de incidência de 34,8 casos/100 mil habitantes (hab.). Em 2017, o país registrou 4.534 óbitos pela doença, o que equivale ao coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil hab., com percentual de abandono de tratamento de 10,8%, superior à meta preconizada (menor que 5%). No período de 2001 a 2014, verifica-se relação entre o coeficiente de mortalidade por TB e o percentual de abandono de tratamento, pois, a cada 1% de abandono, o coeficiente de óbitos eleva-se em cerca de 4% (Brasil, 2017, 2018, 2019).

O estado da Paraíba, em 2018, registrou 1.112 casos novos da doença, com coeficiente de incidência de 27,5/100 mil habitantes e coeficiente de óbito de 1,5/100 mil habitantes; desses casos, mais de 69,9% eram bacilíferos – que mantêm a cadeia de transmissão ativa. Em 2018, o coeficiente de abandono foi de 10,4%; e a taxa de óbito foi de 1,5%, a mais alta dos últimos anos. Campina Grande é um dos municípios prioritários desse estado e, em 2017, foram notificados 28,8 casos para cada 100.000 habitantes (Brasil, 2018, 2019).

Vários elementos têm dificultado o controle da TB, tais como: multidroga-resistência (MDR); sua propagação e associação com o HIV (*vírus da imunodeficiência humana*); inadequação do diagnóstico e do tratamento de casos novos; uso de drogas e álcool; pouca informação sobre a doença; crescimento da população; condições precárias de habitação e saneamento; insuficiência de novos investimentos em pesquisas para o desenvolvimento de

novas drogas e vacinas; deficiências dos sistemas de saúde e, sem dúvida, com maior intensidade, as iniquidades que produzem vulnerabilidades, além de questões relacionadas ao gênero (Brasil, 2011a; Oeltmann, Click, Moonan, 2014; Uplekar et al., 2015; Maciel et al., 2016; Torrens et al., 2016).

Em relação a essa última questão, apesar de não ser bem evidenciada nos estudos sobre TB, convém considerar que as possibilidades específicas de enfrentamento da doença, por homens e mulheres pode constituir-se como barreira na adesão ao tratamento (Johansson et al., 2000; Onifade et al., 2010; Uplekar et al., 2015; Villa Vélez, Arbelaéz Montoya, 2015; Stop TB Partnership, UNAIDS, 2016).

Apresentada a magnitude da doença, segue a revisão bibliográfica de estudos que relacionam a tuberculose ao gênero, na tentativa de apropriar-se ao objeto de estudo.

1.2 TUBERCULOSE: MAGNITUDE DO PROBLEMA

1.2.1 A tuberculose e as relações de gênero- revisão da literatura

A busca bibliográfica foi orientada pelo seguinte questionamento: “Há relação entre gênero e a tuberculose?”. Foram empregadas as seguintes associações: Tuberculose AND (gênero OR “gênero e saúde” OR “papel de gênero” OR sexo OR “papel sexual”) / Tuberculosis AND (gender AND health OR gender OR sex). Foram critérios de inclusão nessa revisão: artigos e teses, no idioma inglês, português e espanhol; texto completo disponível online, sem restrição de ano. Foram critérios de exclusão: relacionar gênero como sinônimo de sexo biológico, artigos de revisão. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na Pubmed e no banco de dados bibliográficos da Universidade de São Paulo (USP). Para obter o resultado final seguiu os seguintes passos: 1) busca dos artigos através da associação das palavras chave; 2) Seleção por título; 3) Seleção por leitura na íntegra. A seguir, verifica-se o fluxograma de seleção.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos nas bases de dados. 2018.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continua)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Ahmed et al.	Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh	2000	Bangladesh	Examinar o impacto da participação no Programa de Desenvolvimento Rural (PDR) integrado ao BRAC (Building Resources Across Communities) sobre equidade de gênero e comportamento de busca de saúde	Os indivíduos do grupo membro do BRAC relataram significativamente e menos morbidade (recordatório de 15 dias) do que aqueles do grupo de não membros. Embora não tenham sido encontradas diferenças de gênero na prevalência da morbidade autoreferida, foram encontradas aparentes diferenças em ambos os grupos.
Atre et al.	Cultural concepts of tuberculosis and gender among the general population without tuberculosis in rural Maharashtra, India	2004	Índia	Investigar os padrões específicos de gênero em relação à experiência, significado e comportamento em tuberculose (TB).	A discussão considera o significado prático dos conceitos culturais específicos de gênero em relação à TB.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Atre et al.	Gender and community views of stigma and tuberculosis in rural Maharashtra, India	2011	Índia	Examinar as percepções da comunidade em relação ao estigma à TB.	O estudo apresenta características relacionadas ao estigma. A ocultação da doença foi explicada: no medo de perder o status social, problemas conjugais e comportamento ofensivo por parte da comunidade em relação ao doente.
Barua, Van Driel, Jansen	Tuberculosis and the sexual and reproductive lives of women in Bangladesh	2018	Bangladesh	Investigar as experiências de mulheres casadas portadoras de TB: no casamento, em suas famílias, em relação às dificuldades econômicas e à maternidade.	Destacou-se as formas pelas quais a TB traz consequências à vida sexual e reprodutiva das mulheres; aos relacionamentos com seu marido e à maternidade; na contribuição econômica junto à família. Destaca-se o papel do estigma no interior da família e comunidade. As narrativas revelaram que as instruções dos profissionais de saúde influenciaram decisões sobre o relacionamento sexual.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Boum et al.	Male gender is independently associated with pulmonary tuberculosis among sputum and non-sputum producers people with presumptive tuberculosis in southwestern Uganda.	2014	Uganda	Avaliar o impacto do gênero na prevalência de TB entre pessoas com TB.	Em modelos de regressão logística multivariada, a chance de ter TB foi maior em homens que em mulheres, relacionando diferença de gênero
Chang et al.	Gender-based impact of epidermal growth factor receptor mutation in patients with non small cell lung cancer and previous tuberculosis	2015	Taiwan	Determinar se a tuberculose pode afetar o resultado de pacientes com câncer de pulmão	A TB tem um impacto dependente de gênero, com melhor resposta do EGFR-TKI e PFS de 1 ano em pacientes do sexo feminino com câncer de pulmão. A carcinogênese e a inflamação da TB podem ser diferentes entre os sexos.
Chavez et al.	Gender biased immune-biomarkers in active tuberculosis and correlation of their profiles to efficacy of therapy	2016	Paquistão	Propor perfis de biomarcadores imunológicos com informações sobre a base molecular de viés de gênero, e identificar biomarcadores para monitorar a eficácia da terapia contra a TB.	Pacientes do sexo feminino apresentaram níveis significativamente mais elevados de CXCL9 (MIG) e CXCL10 (IP-10), enquanto os homens apresentaram níveis mais altos de PDGF-BB. Em contraste, os homens tinham mais anticorpos contra vários antígenos do que as mulheres.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Chikovore et al.	Control, struggle, and emergent masculinities: a qualitative study of men's care-seeking determinants for chronic cough and tuberculosis symptoms in Blantyre, Malawi	2014	Malawi	Investigara escassez na procura de cuidados de saúde em homens com sintomas sugestivos de TB.	Lutas masculinas orientadas a alcançar imagens ideais parecem influenciar no envolvimento de homens em relação à sua saúde, questões relativas ao gênero.
Chikovore et al.	'For a mere cough, men must just chew Conjex, gain strength, and continue working': the provider construction and tuberculosis care-seeking implications in Blantyre, Malawi	2015	Malawi	Compreender o papel da masculinidade no atraso da procura por cuidados de saúde para os homens, com foco nos sintomas sugestivos de TB.	Pressões para gerar renda continuada significavam constantemente procurar emprego, ou trabalhar continuamente para manter empregos inseguros ou levantar dinheiro por meio do trabalho autônomo. Tais necessidades levaram os homens a relegar a saúde para outros planos.
Christopoulos et al.	Male–female differences in the risk of tuberculosis in dialysis patients	2009	Grécia	Definir as diferenças relacionadas ao gênero em relação à prevalência e risco para TB. em pacientes em hemodiálise (HD)	O sexo feminino deve sempre ser considerado como fator de risco na avaliação de pacientes diabéticos em hemodiálise para TB ativa.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Dogar et al.	Gender disparity in tuberculosis cases in eastern and western provinces of Pakistan	2012	Paquistão	Verificar se as diferenças de gênero são distribuídas uniformemente pelo país ou se variam de acordo com a geografia, para permitir um direcionamento efetivo das estratégias de controle da TB.	Mostrou-se maior taxa de notificação no sexo feminino em comparação com aqueles vistos nas províncias do leste. Proporções de casos de TB em mulheres são cerca de duas vezes mais altas nas províncias ocidentais do que nas orientais.
Feng et al.	Gender differences in treatment outcomes of tuberculosis patients in Taiwan: a prospective observational study	2012	Taiwan	Identificar as diferenças de gênero nos desfechos do tratamento em pacientes com TB. As apresentações clínica e radiográfica da TB em pacientes do sexo masculino e feminino também foram comparadas.	A mortalidade foi maior nos homens; o gênero masculino foi fator de risco independente para a não conversão da cultura de escarro em dois meses; o sexo masculino apresentou associação com idade avançada e maior número de comorbidades. Estratégias de gênero, incluindo busca ativa de casos em mulheres idosas e cessação do tabagismo em pacientes do sexo masculino podem otimizar o controle da TB.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Hu, A; et al.	Filipino women's tuberculosis care seeking experience in an urban poor setting: a socioecological perspective	2012	Filipinas	Caracterizar a procura por cuidados de TB em Payatas e identificar facilitadores e barreiras na perspectiva de indivíduos, famílias, comunidade e sistema de saúde.	A qualidade dos serviços de saúde, a vergonha associada à TB, a insegurança financeira e a responsabilidade do cuidado com familiares impedem a procura por cuidados, enquanto o apoio de voluntários de saúde comunitária e membros da família encorajam os pacientes na busca por cuidados. Estratégias para melhorar o controle da TB devem criar sistemas de apoio social e melhorar a qualidade dos serviços de saúde para promover a procura por cuidado.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Jankowska-Polanska et al.	Quality of life and health behaviours of patients with tuberculosis - sex differences	2015	Polônia	Avaliar a qualidade de vida de pacientes com TB, levando em consideração as diferenças de gênero.	As diferenças entre os gêneros indicam a necessidade de um tratamento adequado e ação preventiva para diferentes perfis de pacientes com base na cooperação de médicos, assistentes sociais, terapeutas e psicólogos.
Jee et al.	Smoking and risk of tuberculosis incidence, mortality, and recurrence in South Korean men and women	2009	Coreia	Explorar a associação do tabagismo com a incidência, recidiva e mortalidade por TB.	O tabagismo aumenta a incidência, mortalidade e recorrência da TB, em homens comparando as mulheres.
Jiménez-Corona et al.	Gender differentials of pulmonary tuberculosis transmission and reactivation in an endemic area	2006	México	Identificar diferenças de gênero em pacientes com TB pulmonar.	Os homens foram mais propensos do que as mulheres a abandonar o tratamento, e a morrer por TB.
Johansson et al.	Gender and tuberculosis control: perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam	2000	Vietnã	Explorar fatores que influenciam o comportamento em relação à saúde, na perspectiva de pacientes com TB, com ênfase aos diferenciais de gênero e atrasos na busca de saúde.	Foram identificadas diferenças entre gêneros, em ambientes urbanos e rurais e entre pessoas com TB e sem experiência com TB.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Karim et al.	Community perceptions of tuberculosis: A qualitative exploration from a gender perspective	2011	Bangladesh	Explorar a perspectiva de leigos na comunidade sobre a TB, a experiência da doença, significado, comportamentos e impacto com referência ao gênero.	A TB foi reconhecida como doença mortal que pode afetar qualquer pessoa. Os debatedores estavam razoavelmente conscientes dos impactos psicológicos, financeiros e sociais causados pela TB. As mulheres tendiam a descrever as características clínicas mais vagamente do que os homens e, muitas vezes, especificaram menos sintomas característicos como sangue no escarro.
Khan	Understanding the gender aspects of tuberculosis: a narrative analysis of the lived experiences of women with TB in slums of Delhi, India.	2012	Índia	Examinar a TB em favelas através do entendimento dos contextos socioeconômicos e culturais, a acessibilidade aos serviços de saúde e as experiências vividas de portadores de TB.	Demonstrou-se como o gênero, em influencia os resultados da doença e estigmatiza as mulheres; como a vida em favelas determina a vivência de gênero em relação à TB; e como mulheres elaboram estratégias para reduzir o fardo da doença.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Kosgei et al	Gender differences in treatment outcomes among 15–49 year olds with smear-positive pulmonary tuberculosis in Kenya	2015	Quênia	Determinar diferenças de gênero nos resultados do tratamento entre pessoas de 15 a 49 anos com TB pulmonar e baciloscopia positiva.	Dos 16.056 sujeitos analisados, 38% eram do sexo feminino e 62% do sexo masculino. As mulheres apresentaram maior risco em relação aos resultados do tratamento que os homens.
Lin et al.	Effects of gender and age on development of concurrent extrapulmonary tuberculosis in patients with pulmonary tuberculosis: a population based study	2013	Vietnã	Identificar fatores demográficos e clínicos associados ao aumento do risco de doença extrapulmonar em pacientes com TB.	Entre os pacientes que têm TB pulmonar, as mulheres com maior idade têm maior risco de TB extrapulmonar concomitante.
Long et al.	Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam	1999	Vietnã	Descrever e comparar a comportamentos em relação à busca de saúde entre homens e mulheres, e mensurar atrasos no diagnóstico da TB.	As mulheres não começaram a procurar atendimento mais tardiamente do que os homens, nem tiveram um padrão de procura de saúde diferente. As mulheres visitaram mais prestadores de cuidados de saúde do que os homens.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Long et al.	Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in Vietnam: a gender analysis	2001	Vietnã	Descrever as consequências socioeconômicas da TB no Vietnã, com referência especial aos diferenciais de gênero em relação ao estigma social e ao isolamento.	Pacientes do sexo masculino muitas vezes se preocupam com problemas relacionados à economia, enquanto pacientes do sexo feminino se preocupam com as consequências sociais da doença.
McLaren et al.	Gender patterns of tuberculosis testing and disease in South Africa	2015	África	Examinar padrões de gênero na epidemia de TB na África do Sul.	Apesar do aumento no número de testes para a identificação de TB, o número de casos permaneceu relativamente constante. Embora as taxas de prevalência variem entre distritos de saúde, encontrou-se relação similar entre os gêneros de cada distrito.
Miller et al.	Sex disparities in tuberculosis suspect evaluation: a cross-sectional analysis in rural Uganda	2013	Uganda	Comparar a qualidade da avaliação da TB para homens e mulheres que se apresentam em unidades de atenção primária à saúde em locais de alta carga.	Os suspeitos de TB do sexo feminino foram menos propensos a serem encaminhados para exame de baciloscopia de escarro.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Miller et al.	'It makes the patient's spirit weaker': tuberculosis stigma and gender interaction in Dar es Salaam, Tanzania	2017	Tanzânia	Descrever a TB relacionada ao estigma e entender como interage com o gênero e afeta o acesso ao cuidado.	Os principais componentes do estigma foram medo, auto isolamento, ostracismo, perda de status na comunidade e discriminação pelos provedores.
Ngamvithaya pong-Yanai et al.	Engaging women volunteers of high socioeconomic status in supporting socioeconomically disadvantaged tuberculosis patients in Chiang Rai, Thailand	2013	Tailândia	Entender o que faz com que os pacientes abandonem o tratamento da TB.	Maior sucesso no tratamento da TB e menores taxas de mortalidade foram observadas em pacientes que receberam apoio financeiro. No entanto, apenas a assistência financeira não melhorou os resultados do tratamento para pacientes migrantes.
Onifade et al.	Gender-related factors influencing tuberculosis control in shantytowns: a qualitative study	2010	Peru	Caracterizar as barreiras relacionadas ao gênero no controle da TB em favelas peruanas.	O programa de TB foi percebido como não discriminatório em termos de gênero, tendo sido fornecidos cuidados para o diagnóstico e tratamento da doença iguais para ambos os sexos.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Oshi, et al.	Gender-related factors influencing women's health seeking for tuberculosis care in Ebonyi state, Nigeria.	2016	Nigéria	Explorar os fatores relacionados ao gênero que influenciam na busca pelo tratamento da TB por mulheres no Estado de Ébonyi, Nigéria.	As relações de gênero proíbem as mulheres de procurar atendimento em caso de apresentarem sintomatologia compatível com TB e outras doenças fora de sua comunidade sem a aprovação de seu marido. Normas de gênero sobre propriedade e controle de recursos intrafamiliares privam as mulheres do poder de alocar dinheiro para a procura por cuidados de saúde.
Ponce et al.	Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal	2016	Brasil	Analisar características dos doentes e dos serviços de saúde associadas ao atraso do diagnóstico da TB.	O tempo de atraso do paciente em relação à busca por assistência foi de 15 dias; o atraso na procura por serviços foi menor entre os fumantes e usuários de álcool. O atraso no diagnóstico esteve relacionado a não conseguir consulta médica no mesmo dia.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Purohit et al.	Gender differences in the clinical diagnosis of tuberculous lymphadenitis - a hospital-based study from Central India	2009	Índia	Descrever as características clínicas da linfadenite cervical tuberculosa em homens e mulheres e comparar com a citologia para avaliar seu valor no diagnóstico.	Os homens apresentaram mais sintomas clínicos do que as mulheres. Febre foi a manifestação comum em ambos os grupos. Febre por mais de 30 dias, tosse, perda de peso, e suor noturno foram significativamente mais comuns em homens.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Queiroz	Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo	2008	Brasil	Verificar diferenças na adesão ao tratamento da TB em relação ao sexo.	Os pacientes que falharam na adesão apresentaram o seguinte perfil: mulher (solteira e separada), atividade remunerada não comprovada e escolaridade entre fundamental I completo e ensino médio completo; homem, casado, atividade remunerada comprovada e escolaridade entre ensino fundamental II completo e ensino médio completo. Os aspectos facilitadores para a boa adesão são o bom atendimento dos profissionais de saúde e a percepção de melhora da saúde por parte do paciente.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Queiroz, Nogueira	Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo no distrito de saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia – São Paulo	2010	Brasil	Verificar diferenças na adesão ao tratamento da TB em relação ao sexo; identificar aspectos facilitadores e dificultadores para a adesão ao tratamento da TB em relação ao sexo; e analisar as crenças consideradas importantes para a adesão ao tratamento da doença.	O perfil entre os que falharam na adesão: mulher (solteira e separada), com atividade remunerada não comprovada e escolaridade entre fundamental I completo e ensino médio completo; homem (casado), com atividade remunerada comprovada e escolaridade entre ensino fundamental II completo e ensino médio completo. Os facilitadores para boa adesão são: bom atendimento dos profissionais de saúde e percepção, por parte do paciente, da melhora da saúde. As crenças para a boa adesão ao tratamento no sexo masculino e feminino foram: bom atendimento do serviço de saúde e bom tratamento (em relação aos medicamentos).

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Rhines	The role of sex differences in the prevalence and transmission of tuberculosis	2013	-	Revisar a literatura sobre as diferenças na prevalência de TB por sexo, e os argumentos que foram oferecidos para explicar tais diferenças	Há fortes evidências de diferenças baseadas no gênero e na prevalência da TB.
Sá et al.	O cuidado à saúde da mulher com tuberculose na perspectiva do enfoque familiar	2012	Brasil	Analisar a relação entre a atuação de profissionais de Equipes de Saúde da Família e a mulher com TB, segundo a dimensão de enfoque familiar.	Ressalta-se a importância do DOTS, de incentivos, e a pouca adesão das mulheres às atividades educativas e à formação de grupos.
Shah, Dogar, Siddiqi	Tuberculosis in women from Pashtun region: an ecological study in Pakistan	2015	Paquistão	Explorar se a disparidade de gênero nos relatórios de TB na região Pashtun do Paquistão pode ser explicada pelo grupo étnico	Distritos com alta proporção de mulheres da etnia pashtun tiveram aumento de 44% da relação mulher-homem em casos notificados em comparação com aqueles com baixas proporções, após o controle de confundidores. A predisposição genética e os determinantes socioculturais distintos podem ser possíveis fatores causais.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Smith et al.	Health care workers' gender bias in testing could contribute to missed tuberculosis among women in South Africa	2015	África do Sul	Identificar as diferenças entre os sexos na busca por assistência à saúde na atenção primária à saúde (APS) e sua influência no diagnóstico de TB.	Um total de 1.670 (5,4%) adultos indicaram que tinham tosse ≥ 2 semanas, 950 (56,9%) eram mulheres. As mulheres foram menos propensas a relatar tosse em ≥ 2 semanas ($p < 0,001$), mas eram mais propensas a procurar assistência ($p = 0,012$). Entre todos os que procuraram atendimento, 403 (80,0%) procuraram serviços de saúde na APS (79,0% mulheres vs. 81,4% homens; $p = 0,511$). As mulheres tinham menos probabilidade de conseguir produzir uma amostra de escarro (63,3% vs. 77,2%; $p = 0,003$) e menos probabilidade de ter um resultado de expectoração positivo (12,6% vs. 20,7%; $p = 0,023$).

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Stop TB Partnership, UNAIDS	Gender assessment tool for national HIV and TB responses: towards gender - transformative HIV and TB responses	2016	—	Propor que os países e órgãos responsáveis insiram a perspectiva de gênero no atendimento de pacientes com TB.	Na maioria dos países de baixa e média renda, cerca de dois terços dos casos notificados de TB são homens e apenas um terço de mulheres. Desconhece-se se esse achado se deve ao maior risco de desenvolver TB entre homens ou subnotificação de TB entre os homens. Mulheres têm menos probabilidade de serem diagnosticadas com TB.
Thorson, Hoa, Long	Health-seeking behaviour of individuals with a cough of more than 3 weeks	2000	Vietnã	Avaliar o comportamento de busca de saúde em adultos com tosse prolongada.	A prevalência de tosse foi de 1% (213) em homens e 2% (279) em mulheres. Elas realizaram mais ações de cuidados de saúde do que os homens, mas escolheram provedores menos qualificados e relataram menor gasto de saúde.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Ting et al.	Gender disparities in latent tuberculosis infection in high-risk individuals: a cross-sectional study	2013	Taiwan	Analisar as disparidades de gênero na infecção latente por tuberculose em indivíduos de alto risco.	Embora a proporção de ILTB seja maior em homens, não há disparidade significativa em termos de sexo na ILTB entre indivíduos de alto risco após ajuste para idade, tabagismo e outros fatores clínicos.
Villa Vélez, Arbelaez Montoya	Gender Differences in the Interpretation of Experiences of Patients with Tuberculosis in Medellín, colombiadiferencias de género en la interpretación de las vivencias de pacientes con tuberculosis in Medellín	2015	Colômbia	Determinar as diferenças de gênero na interpretação da TB em um grupo de pacientes da cidade de Medellin.	Homens exageraram os sintomas, enquanto as mulheres tendem a minimizá-los. Homens e mulheres expressaram desconhecimento em relação à doença no momento do diagnóstico. Ambos manifestaram medo de infecção, incapacidade para o trabalho, perda de emprego, rejeição por outros e morte. Destaca-se também a importância do apoio familiar e da equipe de saúde.

Quadro 1 - Artigos selecionados da revisão.

(Continuação)

Autoria	Título	Ano	País	Objetivo	Resultados
Wang et al.	Gender difference in knowledge of tuberculosis and associated health-care seeking behaviors: a cross-sectional study in a rural area of China	2008	China	Compreender até que ponto as pessoas na China rural estão cientes da TB e do programa DOTS, assim como seus comportamentos na busca de saúde na perspectiva de gênero.	As mulheres conheciam menos a TB e tinham menos probabilidade de aprender sobre a doença.
WHO	Gender and tuberculosis control: towards a strategy for research and action	1999	—	Identificar as relações de gênero e TB e estabelecer estratégias de pesquisa e ação.	O gênero impacta o controle da TB.
Yen et al.	Sexual inequality in incident tuberculosis: a cohort study in Taiwan	2018	Taiwan	Investigar o risco de TB em adultos do sexo masculino e feminino em Taiwan.	Na análise de subgrupos, após estratificação por idade, tabagismo e uso de álcool, os homens apresentaram maior risco de ter TB do que as mulheres em todos os subgrupos de pacientes, exceto em relação aos tabagistas.

Entre os estudos encontrados, a maioria internacionais, um foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004), e outro, pela *Stop Tb Partnership* e UNAIDS, (2016). Ambos colocam o gênero como entrave para o cuidado da saúde, afetando diferentemente homens e mulheres. No trabalho desenvolvido pela *Stop TB* elaborou-se um instrumento para avaliar como os serviços de saúde abordam, enfrentam e entendem o gênero durante o acompanhamento a pacientes com TB/HIV.

No âmbito nacional foram encontrados somente dois estudos: um no Sudeste e outro no Nordeste (Belo et al., 2010; Sá et al., 2012).

É importante evidenciar a diferença entre sexo e gênero. O sexo está relacionado aos aspectos fisiológicos do ser humano – características biologicamente determinadas que distinguem o homem e a mulher. Já o gênero, apesar da complexidade na sua definição, pode ser entendido como produto das relações sociais, culturais e históricas que estabelecem papéis desempenhados por homens e mulheres, ou seja, questões sociais que incidem no corpo sexuado. Segundo a OMS, o gênero influencia a percepção de homens e mulheres a respeito dos processos saúde e doença e os torna ainda mais vulneráveis ao adoecimento (Scott, 1989; WHO, 2004; Araújo, 2005; Theobald, Tolhurst, Squire, 2006; Vissandjee et al., 2016).

Quanto à TB, conforme já exposto, ao longo do tempo tem acometido, proporcionalmente, mais homens do que mulheres. No entanto, entre as doenças infecciosas, é a enfermidade que mais tem levado mulheres ao óbito. Admitindo-se ser a doença diretamente ligada à pobreza e as mulheres constituírem a maior parte da população pobre no mundo, ressalta-se a vulnerabilidade desse grupo populacional (Jiménez-Corona et al., 2006; Onifade et al., 2010; WHO, 2016).

Mulheres submissas e dependentes em relação ao homem têm sua autonomia limitada. Tal relação, determinada socialmente, pode interferir na procura por serviços de saúde e, conseqüentemente, na adesão ao tratamento da TB. Soma-se a isso, o fato que a doença gera limitações físicas, estigma, preconceito, medo e sofrimento psíquico (Belo et al., 2010). Para Johansson et al. (2000), as questões de gênero afetam de forma desproporcional, as mulheres as quais, na tentativa de manter sua condição social e familiar, passam a negligenciar a própria saúde.

Ao longo dos anos, elas se têm tornado mais vulneráveis à TB em virtude de uma série de processos, principalmente os relacionados à reprodução do capital e as decorrências do lugar social ocupado, ainda que seja necessário destacar a sua crescente luta por autonomia. Ainda que as mulheres tenham conquistado vários direitos sociais, estes não vêm sendo equitativamente usufruídos, pois o contexto social revela desigualdades na divisão do trabalho, o que impõe, muitas vezes, dupla jornada: a da atividade remunerada e a doméstica (Johansson et al., 2000; Jiménez-Corona et al., 2006).

A desigualdade de gênero constitui barreira para o diagnóstico, incide na progressão da doença e na adesão ao tratamento (Karim et al., 2007; Atre et al., 2011). A detecção precoce da

TB é uma das estratégias de âmbito mundial, estabelecida pela OMS, para o controle da TB. Para Karim et al. (2007) e Wang et al. (2008), a detecção precoce depende da qualidade dos serviços de saúde; das atitudes dos profissionais; do comportamento do doente, que é intrinsecamente relacionado ao conhecimento sobre a doença, e do modo de acessar o serviço de saúde. Os autores identificaram, em seus estudos, que as mulheres têm menor conhecimento acerca da doença do que os homens, com impacto no tempo para o diagnóstico, que acaba sendo mais tardio. A esse respeito, estudo realizado no Vietnã identificou que as mulheres demoram mais a procurar os serviços de saúde e têm mais dificuldade para realizar o exame de escarro. Já os homens realizam a coleta sem nenhuma restrição (Long et al., 1999; Johansson et al., 2000).

Um importante desafio é a adesão do paciente ao tratamento que, quando não ocorre, pode causar impacto no cenário epidemiológico da TB (Terra, Bertolozzi, 2008), pois o bacilífero, quando não tratado, pode infectar, em um ano, cerca de 10 a 15 pessoas (Brasil, 2011a, 2012). Em 2015, a OMS estabeleceu como meta para aumentar a adesão ao tratamento, os cuidados centrados nos pacientes, a fim de reduzir as barreiras com que homens e mulheres deparam ao buscar os serviços de saúde para assistência (Queiroz, 2008; Uplekar et al., 2015).

A seguir, apresenta-se o referencial teórico adotado em relação à categoria gênero para fundamentar a análise do objeto de estudo.

1.3 GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE

Ao longo da História, diversas teorias foram formuladas para discutir a questão de gênero. Estudiosas (os) marxistas, pós-estruturalistas, lacanianas (os), feministas de diferentes correntes buscaram entender esse tema sem, no entanto, tentar fazer qualquer classificação (Louro, 1996). Mas, a partir dos movimentos feministas da década de 1960 e 1970, os quais visavam à transformação da condição social da mulher na sociedade, é que a palavra gênero passou a ser entendida como relação social entre os sexos (Scott, 1989; Louro, 1996; Araújo, 2005; Matos, 2013; Cruz, 2014).

Na década de 1970, a categoria gênero começou a ser discutida no âmbito acadêmico, o que transformou, de forma significativa, o seu enfoque teórico-metodológico, e deu aos movimentos feministas dimensão teórica e política. Nessa perspectiva, rompeu-se com o determinismo biológico de gênero, que era entendido como diferença entre os sexos; deslocando-se o foco para questões culturais, históricas, sociais, raça e etnia (Scott, 1989; Meyer, 1996; Conceição, 2009; Duarte et al., 2015). Assim, parece claro, gênero não significa

sexo, pois este último se refere à identidade biológica do indivíduo, enquanto o primeiro constitui a formação social do ser masculino ou feminino (Louro, 1996).

Lins, Machado e Escoura (2016, p. 25) dizem que “[...] o termo “gênero” se popularizou na década de 1990, mas começou a ser utilizado pela teoria social na década de 1970”. Nos estudos científicos, as feministas já dialogavam direta ou indiretamente sobre as origens de conceitos como foi a nomenclatura “gênero”. Embora Saffioti (2004) revele que foi um homem chamado Robert Stoller responsável pelo uso primário palavra gênero, foi o famoso artigo de Gayle Rubin que prosperou os estudos de gênero, sem desconsiderar obviamente frases como de Simone Beauvoir “Ninguém nasce mulher, mas se torna mulher”, apontando os fundamentos de gênero, mas é com Scott (1989) em seu artigo: “gênero: uma categoria útil para análise histórica”, talvez sua obra mais expressiva e que reformulou a perspectiva de gênero dentro das ciências sócias e incorporou essa “categoria” nos movimentos feministas e para além deles.

Embora as informações históricas no que se refere a datas possam variar, de autor para autor, as questões de gênero é para alguns autores, além de uma categoria de análise, mas também categoria histórica (Saffioti, 2004, p. 45). Para Sardenberg (2004, p.24), “O gênero abriu os caminhos para a desconstrução e para a desnaturalização do masculino e feminino”. Essa nova vertente analítica permite investigar, concomitantemente, as diferenças e igualdades, de forma universal e singular, entre homens e entre mulheres (Scott, 1989; Araújo, 2005).

As discussões empreendidas pelo feminismo, na época acima aludida, se dividiam em posições postas no mesmo plano epistemológico, na tentativa de se elucidarem as desigualdades sociais entre homens e mulheres, tendo como eixo central da discussão, a subordinação das mulheres aos homens (Scott, 1989; Breilh, 1993; Meyer, 1996; Conceição, 2009). Para Scott (1989) destacavam-se três posições: a abordagem patriarcal (que tratava das desigualdades de sexo); o feminismo marxista; e a terceira posição dividia-se no pós-estruturalismo francês (que discutia interpretação e representação de gênero) e no anglo-americano das relações sociais (que abordava a experiência da criança para entender as relações com base na psicanálise).

A primeira corrente – o patriarcado – trata da dominação do homem sobre a mulher como a base de todas as formas de opressão. O’Brien (1981, p.10), com base em Engels, define a dominação masculina como “um efeito do desejo dos homens de transcender a sua alienação dos meios de reprodução da espécie”. Nas palavras de Bourdieu, a dominação masculina se baseia na:

A diferença biológica entre os sexos, isto é, entre o corpo masculino e o corpo feminino e, especificamente, a diferença anatômica entre os órgãos sexuais, pode assim ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros e, principalmente, da divisão social do trabalho (Bourdieu, 2002, p.10)

Essa teoria fundamenta-se na visão essencialista, segundo a qual as diferenças biológicas do corpo restringem a mulher à função de conceber, o que justificaria tal subordinação (Scott, 1989; Saffioti, 1992; Conceição, 2009). Algumas feministas defendiam que a chave da subordinação ao patriarcado estava na sexualidade em si, ou seja, o sexo determinava a mulher e estabelecia quem ela podia ser (Scott, 1995; Cruz, 2014). Tal teoria contribuiu para se entender a relação hierárquica entre homens e mulheres, cujo limite residiria na naturalização das desigualdades entre os sexos (Cruz, 2014).

Segundo Garcia (2015) o patriarcado é identificado como uma “forma de organização política, econômica, religiosa, social baseada na ideia de autoridade e liderança do homem”. A afirmação da autora nos remete refletir que é preciso uma desconstrução de conceitos previamente estabelecidos na sociedade e a busca por discussões mais democráticas e igualitárias, a partir de uma perspectiva sociológica. A escolha por pesquisas científicas que direcionam os diálogos da antropologia política, estudos de gênero, feminismo e a mídia tem como dinâmica a construção de redes em conexões e vínculos, produzindo efeitos nas pesquisas acadêmicas e que se externam no meio social. Miguel e Biroli (2014) vão reforçar que “[...] a história, a sociologia, a antropologia ou a psicologia feministas têm inegável caráter político”, (Miguel, Biroli, 2014, p. 7).

A segunda – também conhecida como posição teórica marxista, têm raízes na luta entre as classes – e serviu como base ao movimento feminista (por volta do século XX), que reivindicava a igualdade remunerativa para as mulheres em consonância ao sistema socioeconômico e político. Ora, a diferenciação de trabalho entre homens e mulheres é embasada na valorização das atividades classificadas como masculinas e femininas (Scott, 1989; Breilh, 1993; Conceição, 2009; Duarte et al., 2015). É importante destacar que, a partir daqui, começou-se a pensar, além da associação de gênero e classe, a raça, para entender as diferenças entre mulheres e homens (Conceição, 2009). Mitchell (1971) diz que o papel da mulher é entendido pela dialética da “produção/reprodução”, entretanto, para aquela autora, tal teoria não respondeu às questões relacionadas à subjetividade inerente às diferenças sexuais. Essa teoria contribuiu para os estudos relacionados às desigualdades sociais, mas não respondeu a todas as questões relacionadas às desigualdades entre os sexos (Scott, 1989; Cruz, 2014).

Dentro da mesma teoria, ainda se percebe, de forma genérica, o feminismo socialista, que compreende a dominação como uma relação histórica e dialética “[...] entre o poder estrutural, político e ideológico da sociedade, com as relações e características de gênero e de poder patriarcal” (Breilh, 1993, p.34).

A terceira – abordagem também definida como corrente psicanalítica – foi estudada por duas escolas. A escola francesa se baseou nos pensamentos estruturalistas e pós-estruturalistas do psicanalista Freud; mas, para as feministas, foi representada por Jacques Lacan. A escola anglo-americana, representada principalmente por Nancy Chodorow, adotava como teoria o sujeito e sua formação, baseados nas próprias experiências concretas. Ambas as escolas tinham objetivo comum: entender a formação da identidade de gênero, centrando sua análise nas etapas de desenvolvimento da criança. Mas, entre elas, havia algumas diferenças: a francesa focalizou a linguagem na comunicação, na interpretação e na representação de gênero; a anglo-americana, na experiência concreta da criança (Scott, 1989).

Diante dessas correntes feministas, apresenta-se também, uma outra perspectiva, apontada por Silva (2016) enquanto um debate que vai da interseccionalidade ao movimento feminista, levantando questões importantes como: I) por que um movimento de e sobre a mulher é tão diverso na sua forma de conteúdo e II) considerando-se o movimento feminista um movimento social, como conceituá-lo dadas essas diversidades. Segundo a autora, é preciso pensar em uma não-universalidade da categoria “mulher”, isto é, reconhecer que existem muitas maneiras e modos de ser, sentir e se reconhecer enquanto mulher. As mulheres brancas, em sua maioria, vivem trajetórias de vidas diferente das mulheres negras. É importante ressaltar que, no texto, a mesma tece críticas ao modelo da mulher branca, classe média e educada, contrapondo que grandes contribuições – mas que se tornam esquecidas – vieram das feministas latino-americanas e caribenhas.

Assim, Silva (2016) apresenta conceitos como o de interseccionalidade, movimento social e do movimento feminista. No caso da interseccionalidade, o conceito carrega uma ideia das mulheres como seres sociais numa dimensão tanto subjetiva quanto estrutural; sucintamente, os movimentos sociais são formados a partir de uma identidade coletiva, ou seja, a construção de redes complexas que envolvem variados atores e interações. O feminismo é tido com um caráter multifacetado, moldando-se às realidades locais. O movimento feminista é, portanto, “uma rede que admite uma diversidade de discursos e práticas em torno do que se chama, genericamente, a causa das mulheres”, (Silva, 2016, p. 121).

Após as ponderações feitas a esses movimentos políticos, percebeu-se a necessidade de mudar o foco da análise dicotômica mulher-homem e a relação de poder entre ambos, para entender as relações dos grupos e/ou da sociedade, também com as demais categorias, como raça, etnia, religião, entre outras (Louro, 1996; Meyer, 1996; Conceição, 2009). Assim, nessa perspectiva, a teórica Joan Scott se tornou referência nos estudos sobre a categoria gênero, como dito anteriormente é a partir da publicação do texto *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*, o qual permitiu às feministas um novo olhar metodológico nos estudos de gênero (Louro, 1996; Meyer, 1996; Sardenberg, 2004; Conceição, 2009).

A desconstrução da relação binária e a introdução do caráter relacional passaram a desnaturalizar as desigualdades e as condições de opressão, possibilitando a transformação da realidade (Araújo, 2005; Carvalho, Rabay, 2015). A propósito, conforme Simone de Beauvoir (1970), a mulher é uma construção social; assim, gênero deve ser entendido como uma construção social. Em outra perspectiva, Araújo (2005, p. 16) diz que “O mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, não são esferas separadas. Tomá-los como esferas separadas reforça o mito de que a experiência de um sexo tem muito pouco ou nada a ver com o outro sexo”.

Assim, neste estudo, tomar-se-á como base o conceito de gênero, proposto por Joan Scott, que apresenta duas partes centrais: “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder” (Scott, 1989, p. 21). A primeira proposição diz respeito às relações sociais embasadas nas diferenças entre os sexos. O gênero é fundamentado na inter-relação de quatro elementos: símbolos construídos culturalmente; definições normativas fundamentadas em doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e ou jurídicas; forma como a sociedade se organiza; e criação das identidades subjetivas (Scott, 1989; Meyer, 1996). A segunda parte da categoria analítica de gênero, proposta por Scott (1989), aborda as relações de poder como primeiro campo, mas não o único, construído pela articulação das relações sociais de subordinação.

Ao concordar com a perspectiva de gênero de Scott (1989), as pesquisadoras Pierotti, d'Oliveira e Terra (2018) acionam uma discussão das relações de gênero com a atenção primária à saúde, apontando que a violência de gênero é resultado das desigualdades de gênero na sociedade. O interessante destacar, dentre outras discussões, é que elas apresentam a categoria de gênero como diferenças corporais marcadas por desigualdades sociais e permeadas por relações de poder, o que já foi exposto, nessa escrita, anteriormente.

Em síntese, entende-se gênero como categoria empírica e histórica que compreende os papéis desempenhados por homens e mulheres, construídos de acordo com os princípios culturais e sociais. Logo, pode-se tomá-la como categoria analítica (Scott, 1989; Araújo, 2005; Schraiber, d'Oliveira, 2014).

Apresentado o referencial teórico a ser adotado em relação à categoria gênero, veja-se a seguir a definição de adesão, também constitutiva deste estudo.

1.4 A ADESÃO AO TRATAMENTO E TUBERCULOSE

A enfermidade causa angústias, dúvidas, medo e leva a pessoa a refletir sobre sua condição e a finitude da vida. Esses sentimentos podem tomar maior proporção no caso de doenças consideradas crônicas ou que requeiram tratamentos de longa duração, a exemplo do tratamento da tuberculose. Portanto, o plano terapêutico de tais enfermidades deve dispor de mecanismos que favoreçam o sujeito portador, entendimento sobre o processo saúde-doença para seu enfrentamento (Silveira, Ribeiro, 2005).

A adesão ao tratamento é um desafio no controle da tuberculose (Chirinos, Meirelles, 2011; Uplekar et al., 2015; Brasil, 2016; Kritski et al., 2016). Por isso, é necessário entender como se processa, pois não se limita à ingesta medicamentosa.

Na literatura científica, o abandono já vem sendo estudado desde 1957, conforme apresenta Dixon, em pesquisa desenvolvida com hipertensos. O termo **adesão** é conhecido, no idioma inglês, como *compliance* (docilidade, concordância); é entendido na literatura médica como aceitação das orientações médicas pelo doente. Outra palavra, também nesse idioma, é *adherence* (significa “adesão” em português), que diverge do primeiro, pois permite a conotação do paciente em posição de participante na condução do tratamento (Bertolozzi, 2005; Oliveira, 2012).

Adesão significa “ação ou efeito de aderir; qualidade ou atributo do que é aderente; união de uma coisa com outra” ou “ato, processo ou efeito de aderir; ação de ligar-se fisicamente, e de modo estreito, a alguma coisa; aceitação dos princípios de uma ideia, uma doutrina, um modo de vida, entre outros; apoio; aprovação; reconhecimento” (Houaiss, Villar, 2001).

Neste estudo, emprega-se o termo adesão, conforme definido por Bertolozzi (2005, p. 167):

A adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo, que inclui os processos que levam – ou não – ao desenvolvimento da vida com dignidade.

Estudos sobre a adesão ao tratamento da tuberculose apontam que depende de vários elementos, como: conhecimento acerca da terapêutica, modos de incentivo, dentre outros (Ahmed et al., 2000; Sanchez, Bertolozzi, 2009; Souza et al., 2009; Neves, Reis, Gir, 2010; Costa et al., 2011; Chowdhury et al., 2015; Kastien-Hilka, 2016).

É bem verdade que o estudo referente a tal questão não deve ser reduzido ao resultado de comportamentos/atitudes, mas abranger a identificação de potências para a consecução do tratamento em três planos conectados: (1) entendimento da pessoa sobre o processo saúde-doença; (2) seu lugar social; e (3) processo de produção da saúde (Bertolozzi et al., 2009).

Segundo Bertolozzi (1998, 2005), a adesão é, sobretudo, determinada por fatores sociais e por aspectos pertinentes à organização dos serviços de saúde. O termo adesão refere-se ao ato, processo ou efeito de aderir; ação de ligar-se fisicamente e, de modo estreito, a alguma coisa (Ferreira, 2002). Para a autora, a adesão está relacionada à forma como o indivíduo compreende o processo saúde-doença, enfrenta a doença e – reiterando o que acima apontou-se – como se produz à assistência à saúde. Segundo ela, a assistência deve ir além da clínica e orientar-se apoiada em visão ampla, que considere as vulnerabilidades e as potencialidades das pessoas para enfrentarem o processo saúde-doença.

O enfrentamento da TB pode requerer mudança na condução da vida, regularidade no comparecimento ao serviço de saúde para o acompanhamento com o profissional, repouso, alimentação adequada, dentre outras necessidades. Incluem-se, ainda, ações que demandam a participação de vários outros setores, como as obrigatórias mudanças estruturais na sociedade que possibilitem viver de forma digna. Para tanto, os gestores devem garantir, dentro de suas possibilidades de competência profissional, além da medicação, condições de os doentes enfrentarem a rotina do tratamento (Van Lettow et al., 2004; Khan et al, 2006).

Na tentativa de garantir o sucesso do tratamento e a diminuição do índice de abandono (quando o paciente, iniciado o tratamento, não comparece à unidade de saúde pelo período superior a 30 dias), a OMS, no ano de 1994, estabeleceu a estratégia *Directly Observed Therapy Short Course* (DOTS) – chamada no Brasil de Tratamento Diretamente Observado (TDO). Tal estratégia consiste na detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios;

tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema de informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo para determinar o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde. Em direção contrária, o governo brasileiro retirou em 2016 a TB como indicador de prioridade para os anos de 2017 a 2021 (Costa et al., 2011; Brasil, 2011a; Ferreira, 2014).

O TDO deve ser realizado por profissional de saúde ou algum familiar treinado. O paciente deve tomar 24 doses supervisionadas na primeira fase do tratamento (dois primeiros meses) e 48 na segunda fase (Brasil, 2011a). Estudos nacionais e internacionais (Queiroz, Bertolozzi, 2010; Vieira, Ribeiro, 2011; Gebrezgabiher et al., 2016; Neves et al., 2016) revelam que a implantação do TDO estimula a adesão dos pacientes ao tratamento da TB, o que fez crescer, em o percentual de cura e diminuir o de abandono.

Por se tratar de tema relevante para o controle desse grave problema de saúde pública no mundo, ao longo dos anos, têm surgido muitos estudos relacionados à temática da adesão ao tratamento da tuberculose (Bertolozzi, 2005; Neves et al., 2010; Chirinos, Meirelles, 2011; Costa et al., 2011; Ferreira, 2014; Chowdhury et al., 2015; Anduaga-Beramendi et al., 2016; Gebrezgabiher et al., 2016; Horter et al., 2016; Obadiora, 2016). Tais estudos destacam alguns fatores que dificultam a obtenção da adesão ao tratamento. Os relacionados ao doente: associação medicamentosa quando há outras enfermidades envolvidas, ausência de trabalho fixo, pobreza, etilismo, melhora clínica, expectativa de cura, estigma da doença, assim como suas decorrências nas relações interpessoais. Fatores associados aos serviços de saúde: acesso e vínculo com a equipe de saúde, falhas na organização dos serviços de saúde e horário de atendimento. Fatores relacionados ao tratamento: duração, efeitos adversos da medicação e dose medicamentosa.

Para Chirinos e Meirelles (2011), a não adesão ao tratamento, além de manter a cadeia de transmissão, provoca a resistência medicamentosa, que prolonga, ainda mais, o tempo do tratamento e, por consequência, gera mais despesas. Apesar de o Brasil, conforme a OMS, ser um dos países com sistema propenso a atingir as metas pós-2015 e ter atingido algumas metas estabelecidas para 2015, ainda tem elevado percentual de abandono de tratamento (Kritski et al., 2016).

Percebe-se que, na literatura nacional e internacional, a questão da influência da categoria gênero na adesão ao tratamento da TB não tem sido objeto de análise; os estudos limitam-se, via de regra, a abordar as diferenças entre os sexos. Entretanto, admitindo-se gênero

como tema importante para a saúde pública por constituir-se barreira no controle da doença, pesquisas sobre gênero e adesão ao tratamento da TB são relevantes para aprimorar o entendimento da dinâmica dessa patologia (WHO, 2004; Stop TB Partnership, UNAIDS, 2015).

Nessa perspectiva, é necessário identificar os elementos relacionados à adesão ao tratamento da tuberculose, os quais podem estar determinados e ou mediados pelas relações de gênero que tornam homens e mulheres suscetíveis à TB.

Nesse sentido, este estudo pretende responder aos seguintes questionamentos: Elementos relativos ao gênero influenciam na adesão ao tratamento? Quais aspectos relacionados ao gênero podem dificultar o controle da TB?

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a influência da categoria gênero na adesão ao tratamento da tuberculose no município de Campina Grande-PB.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil epidemiológico dos casos de TB, no período de 2001 a 2016;
- b) Identificar elementos de gênero que podem interferir na adesão ao tratamento da tuberculose.

Metodologia

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é transversal, de tendência temporal, descritivo-exploratório, com abordagem quanti-qualitativa.

A abordagem quanti-qualitativa, conhecida como mista, possibilita a obtenção dos dados apoiada em dois métodos. A quantitativa permite traçar o perfil de determinado grupo – no caso deste estudo, traçar o perfil de doentes com tuberculose. Possibilita também a mensuração de opiniões e comportamentos e, por meio de análises estatísticas, a realização de inferências. Assim, mediante dados e indicadores identificados, permite construir modelos teóricos e práticos (Gil, 2002; Minayo, 2008).

A pesquisa exploratória destina-se a aprimorar o conhecimento sobre determinado problema e a apoiar a formulação de hipóteses; e o estudo descritivo, a descrever características de uma população ou algum evento, assim como estabelecer relações entre variáveis (Gil, 2002).

Em estudos do tipo transversal, o pesquisador busca proceder à análise de determinada doença e sua relação com a exposição em uma população específica e em momento particular. Isso fornece uma imagem sobre como as variáveis se relacionam e se comportam naquele momento (Pereira, 1995; Medronho, 2009).

Recorreu-se, ainda, à abordagem qualitativa, em virtude da materialidade e historicidade do objeto de estudo, que se refere ao gênero e à adesão dos doentes com TB ao tratamento. Ela possibilita colocar em evidência os enredos que configuram tal processo e analisá-los sem se perderem elementos subjetivos (Bertolozzi, 2005; Minayo, 2008). Segundo Minayo (2008, p. 57), o método qualitativo:

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam... Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

A vertente qualitativa se apoiou nos depoimentos de homens e mulheres que tiveram tuberculose no ano de 2016, que se constituiu em matéria-prima para análise e compreensão da relação da categoria gênero com o processo de adesão ao tratamento da TB. A escolha por esse tipo de método deve-se à assunção de que a linguagem expressa a consciência e, neste sentido, possibilita identificar símbolos e signos que representam a realidade vivida pelos sujeitos, seus pensamentos, sua prática e atitudes (Bertolozzi, 2005).

O estudo foi desenvolvido em duas etapas: a primeira, quantitativa, contemplou o primeiro objetivo específico, ou seja, descrever o perfil epidemiológico comparativo entre homens e mulheres com tuberculose no período de 2001 a 2016; a segunda foi realizada em duas vertentes: a primeira, quantitativa, refere-se à comparação entre o perfil sociodemográfico dos entrevistados e, a segunda, qualitativa, por meio da qual se buscou identificar os elementos relativos à categoria gênero, que podem ter exercido alguma influência na adesão ao tratamento.

3.2 REFERENCIAL TEÓRICO

No que diz respeito ao marco teórico conceitual que conduziu a análise e interpretação dos dados, foi adotado o conceito de adesão proposto por Bertolozzi (1988). Tal conceito pauta-se na teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, compreendendo a adesão como parte do processo social, não se reduzindo a uma ação de volição, mas está associada às condições de vida e trabalho e à inserção dos indivíduos na sociedade.

A TB é considerada uma doença socialmente determinada. Para Granda e Breilh (1989), o processo saúde-doença é resultado do conjunto das ações que operam em uma sociedade concreta. Com base nesses autores, Bertolozzi (2006, p.33) aponta que:

A determinação social da saúde-doença coloca a saúde e a doença como momentos de um mesmo processo, determinado pela forma como se organizam as sociedades em termos de produção e reprodução social. Os indivíduos integram o processo social e sofrem as múltiplas determinações que emanam das relações sociais travadas na produção e reprodução social. Isto configura uma série de processos que incidirão no indivíduo, de forma tal a configurar potencialidades e desgastes, que manifestam-se através da saúde-doença.

Ainda considerando a natureza social da doença, optou-se por analisar o objeto de estudo a partir do gênero, essa é uma decisão de ordem epistemológica, por compreender a profundidade do tema e sua subjetividade. O gênero surge a partir das lutas feministas, como uma nova perspectiva nas ciências sociais, propondo um novo caminho para os estudos

acadêmicos e político e uma nova forma de pensar a constituição do masculino e feminino (Carvalho, Rabay, 2008; Fonseca, 2008).

É exatamente nas discussões no meio acadêmico e na rejeição do sexo biológico como determinante das relações de mulheres e homens que Scoot (1989), propõe a categoria analítica de Gênero: “... o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder” (Scoot, 1989, p. 21). Assim, as feministas passam a usar esse conceito para entender as relações sociais.

“Gênero”, como substituto de “mulheres”, é igualmente utilizado para sugerir que a informação a respeito das mulheres é necessariamente informação sobre os homens, que um implica no estudo do outro. Este uso insiste na ideia de que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, que ele é criado dentro e por esse mundo (...). O gênero se torna, aliás, uma maneira de indicar as “construções sociais” – a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (Scoot, 1989, p. 7).

Dessa forma, a leitura do objeto com base na categoria Gênero possibilita compreender as relações sociais entre os sexos e como são construídos os papéis de homens e mulheres e como influência os seus comportamentos em todos os aspectos da vida.

3.3 LOCAL

O estudo foi desenvolvido no município de Campina Grande-PB – popularmente chamada de *Rainha da Borborema*, alusão à sua localização geográfica no Planalto da Borborema. Em altitude de 555 metros acima do nível do mar, está situado na mesorregião do agreste paraibano, entre o sertão e o litoral. A temperatura média anual no Município é de 22 graus centígrados. É a segunda cidade mais populosa da Paraíba (população estimada em de 2018: 407.472 habitantes), com área de abrangência: 593,026 km². Tem três distritos: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2018).

Figura 2 - Localização do município de campina grande.

Fonte: <http://www.scielo.br/img/revistas/aabc/v85n1/0001-3765-aabc-85-01-201-gf01.jpg>. Acessado em 26/02/2019.

Considerada um dos principais polos industriais do Nordeste e o maior polo tecnológico da América Latina, tem como principais elementos da produção econômica, a extração mineral, as culturas agrícola e pecuária, os comércios varejista, atacadista e de serviços, além de exportação de *software*. Os produtos de destaque do setor agrícola são algodão, feijão, mandioca, milho, sisal; na pecuária, destaca-se o leite e seus derivados. Seu centro universitário conta com 17 faculdades e universidades. Tem como tradição cultural folguedos, grupos de danças folclóricas, peças teatrais e, em destaque, as festas juninas, consideradas o maior evento mundial nessa modalidade. Em relação à ocupação em 2016, 26,6% apenas da população possuía algum tipo de ocupação remunerada e 39,5% tinha rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa (IBGE, 2018).

Em relação aos serviços de saúde, a cidade comporta o Terceiro Núcleo Regional de Saúde (NRS), o que a tornou macrorregião de saúde. Nesse sentido, passou a ser referência para a assistência à saúde a 70 municípios e para os estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte. Ali, os serviços de saúde de natureza pública são 134; filantrópicos, quatro; ligados aos sindicatos, três; privados, 332 (Medeiros, 2013). O Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), foi implantado em Campina Grande em 1994, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (MS). Além disso, em 1995, acrescentou-se à ESF o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS (Leite, Veloso, 2009).

Atualmente, o Município conta com 100 equipes da ESF, distribuídas em 78 unidades básicas de saúde (UBS), com cobertura de 88,5% (IBGE, 2018). Em se tratando da assistência

às pessoas com tuberculose, o Município segue as recomendações do Programa Nacional de Tuberculose (PNCT), descentralizando o acompanhamento do tratamento para as equipes da ESF. Nessa rede de assistência ao doente com TB, há um ambulatório de referência, responsável pelo acompanhamento de casos de difícil controle e a potenciais complicações da doença, como no caso da coinfeção TB-HIV, da multidroga-resistência, entre outros. Como referência terciária, há o Hospital Clementino Fraga na capital João Pessoa.

A rede municipal de saúde de Campina Grande está organizada em seis distritos sanitários nas áreas urbana e rural, e baseia-se na descentralização para a transformação das práticas sanitárias, respeitando os princípios de hierarquização e regionalização. São eles:

- Distrito Sanitário I – região nordeste: nove bairros;
- Distrito Sanitário II – regiões oeste e noroeste: nove bairros;
- Distrito Sanitário III – região norte: oito bairros;
- Distrito Sanitário IV – regiões leste e sul: 10 bairros mais o distrito de Galante;
- Distrito Sanitário V – regiões oeste e sudoeste: oito bairros;
- Distrito Sanitário VI – regiões oeste e sudoeste: cinco bairros.

3.4 ETAPAS DO ESTUDO

3.4.1 Primeira Etapa

Esta etapa compreendeu a captura de dados para se elaborar uma série histórica do perfil epidemiológico dos casos de tuberculose, no período de 2001 a 2016. Os dados sobre a morbidade foram obtidos do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), da Secretaria Municipal da Saúde. Foram incluídos os casos novos e os de retratamento da tuberculose.

Considera-se caso novo quando o paciente não foi submetido à terapia antituberculosa, ou fez tratamento por menos de 30 dias ou há mais de cinco anos (Brasil, 2011a).

Entende-se por retratamento a pessoa já tratada pela doença, por período superior a 30 dias e que necessita de novo tratamento, em decorrência de recidiva após alta por cura ou reingresso após abandono (Brasil, 2011a).

Critérios de inclusão que foram utilizados: os casos identificados no tipo de entrada, como casos novos e/ou em retratamento (recidiva, reingresso após abandono); notificados em Campina Grande, no SINAN, no período de 2001 a 2016. Critérios de exclusão: casos que, no

tipo de entrada, encontravam-se em branco ou preenchidos com “não sabe”, “transferência” e “pós-óbito”; sexo do paciente e ano de notificação em branco, e dados duplicados.

Para a obtenção desses dados, foram somadas as categorias “caso novo” e “tipo de entrada”. Para constituir os casos de retratamento, foram somadas as variáveis “recidiva” e “reingresso após abandono”.

3.4.2 Segunda Etapa

A segunda etapa foi destinada à identificação de elementos de gênero que podem interferir na adesão ao tratamento da TB, e foi viabilizada por meio da realização de entrevistas com os pacientes.

3.4.2.1 Os sujeitos do estudo

Os sujeitos integrantes desta etapa foram as pessoas que vivenciaram o adoecimento por TB no ano de 2016, sendo notificados 190 casos.

Para compor a amostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: pessoas com 18 ou mais anos, residentes no local de estudo, com endereço completo, e capacidade preservada de comunicação verbal e compreensão.

Quanto aos critérios de exclusão, foram os que se seguem: pessoas que, no período da coleta de dados, encontravam-se em reclusão no sistema prisional; as que foram a óbito; quando houve transferência, mudança de diagnóstico, mudança de endereço, que residiam na zona rural, e no caso de dados duplicados. Após a análise do banco de dados e aplicação dos critérios de inclusão, a amostra constituída para esta etapa foi de 103 casos.

Entretanto, após realizar visita aos domicílios desses 103 pacientes, 40 casos foram excluídos pelos seguintes motivos:

- a) Mudança de endereço após o tratamento e a equipe de saúde não sabia informar a nova moradia (5 sujeitos);
- b) Mudança para outra cidade (6 sujeitos);
- c) Pacientes não se encontravam no domicílio e tinham abandonado o tratamento (7 sujeitos): nesses casos, foram realizadas três visitas sem sucesso e a equipe de saúde não sabia informar algum ponto de contato, nem tampouco os vizinhos do domicílio;
- d) Paciente não se encontrava no domicílio no horário marcado e após três visitas um membro da família informou que a pessoa não queria conceder entrevista (6 sujeitos);

- e) Pacientes nunca tiveram tuberculose (5 sujeitos), apesar do registro na unidade de saúde;
- f) Pacientes viajaram sem data para retorno e não forneceram o telefone para contato (2 sujeitos);
- g) Paciente encontrava-se hospitalizado, em coma (1 sujeito); prontuário não encontrado na unidade de saúde e no endereço residiam outras pessoas que não conheciam os pacientes (2 sujeitos);
- h) Pessoas em situação de rua, que não tinham localidade fixa para serem encontrados (2 sujeitos);
- i) A comunicação verbal e a compreensão estavam prejudicadas (4 sujeitos).

Figura 3 - Seleção da amostra da pesquisa.

* Sujeitos que estiveram em reclusão no sistema prisional, foram a óbito ou quando houve transferência, mudança de diagnóstico, mudança de endereço, zona rural e dados duplicados.

3.5 COLETA DE DADOS

3.5.1 ETAPA 1

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), foi solicitado o banco de dados do SINAN à Secretaria Municipal da Saúde, que disponibilizou os dados atualizados (21/02/2017). Em posse do banco de dados, a seleção dos casos se deu no período de junho a outubro de 2017. A soma das categorias “caso novo” e “tipo de entrada” resultou em 2.630 casos de tuberculose. Em seguida, foram eliminados os casos que se enquadravam nos critérios de exclusão supracitados, ficando como amostra final 2.228 casos. Como segue na figura:

Figura 4 - Seleção da amostra para o perfil histórico.

3.5.1.1 Variáveis do estudo

As variáveis estudadas para compor o perfil sociodemográfico e relativo ao processo saúde-doença, incluindo o tratamento foram

- Sexo (masculino, feminino);
- Faixa etária (em anos);
- Escolaridade (Analfabeto; Ensino fundamental incompleto; Ensino fundamental Completo; Ensino médio incompleto; Ensino médio completo; Educação superior incompleta; Educação superior completa);
- Raça/cor (preta, branca, amarela, parda, indígena);
- Região de moradia (rural, urbana, periurbana);
- Forma clínica da tuberculose (pulmonar, extrapulmonar, pulmonar + extrapulmonar);
- Multirresistência (sim ou não);
- HIV (positivo, negativo, em andamento, não realizado);
- Agravos associados (AIDS, alcoolismo, diabetes, doença mental, uso de drogas ilícitas, tabagismo);
- Indicação para tratamento supervisionado (sim ou não)
- Situação de encerramento do caso (cura, óbito, abandono, mudança de diagnóstico e transferência para outro serviço de saúde ou município).

3.5.2 ETAPA 2

A coleta de dados, através das entrevistas, ocorreu somente após a autorização da Secretaria de Saúde do Município e após a aprovação do projeto pelo CEP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). De posse do banco de dados dos pacientes com tuberculose, foi possível ter acesso ao nome completo e endereço. O primeiro

passo foi realizar uma visita prévia às unidades de saúde para confirmar o local de residência dos pacientes. Posteriormente, realizou-se visita em seus domicílios para as entrevistas.

A opção por realizar as entrevistas na residência do paciente buscou deixá-lo mais confortável, proporcionando maior privacidade. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e, em alguns casos, houve a participação de uma aluna de graduação, devidamente treinada, e que integra grupo de pesquisa vinculado à Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Para a realização das entrevistas, foi utilizado um roteiro semiestruturado (Apêndice A); a coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018; as entrevistas duraram em média 40 minutos, mas houve algumas com 15 minutos e uma com 1h. Os depoimentos foram todos gravados, além de ser realizado um registro descritivo e interpretativo de cada entrevista, com o intuito de manter os detalhes ocorridos durante a sua realização, à exemplo de reações dos entrevistados ao responder as perguntas e os sentimentos expressados.

3.5.2.1 Instrumento e variáveis

Como dito anteriormente, para a realização da coleta de dados, foi utilizado como instrumento um roteiro semiestruturado, conforme apresentado no (Apêndice A), sendo composto por duas partes: a primeira, quantitativa, que buscou identificar as informações sociodemográficas dos sujeitos, pois muitas delas não constavam do prontuário do paciente nem no banco de dados. A segunda parte era composta pelas perguntas orientadoras da entrevista, como dito anteriormente, e as respostas foram gravadas e posteriormente transcritas. É importante ressaltar que, antes da coleta de dados para a obtenção do roteiro final, foi realizado um teste piloto com 10 pacientes, para validar e ajustar o que fosse necessário. Estes não foram incluídos no estudo.

As variáveis que compuseram o roteiro completo, contemplando as duas partes foram, na primeira parte do roteiro:

- Sexo (masculino, feminino);
- Idade (em anos);
- Religião/Crença (sim/não)/Tipo;
- Estado Civil;
- Moradia com companheiro;
- Se tem filho (sim/não)/ quantos;

- Número de pessoas que convivem na residência;
- Última série de estudo;
- Curso para capacitar para o trabalho;
- Situação de trabalho no momento (trabalhando, desempregado, afastamento devido à doença, aposentado, estudante, prendas domésticas);
- Ocupação;
- Qualificação específica para a atividade que desenvolve;
- Remuneração decorrente da ocupação;
- Contribuição para as despesas domésticas/ Número de pessoas;
- Horas de trabalho por dia (destacar horas despendidas no domicílio e fora);
- Reação ao receber o diagnóstico da doença;
- Informação a alguém sobre a doença (quem?);
- Dificuldades na realização do tratamento;
- Vida com companheiro;
- Modo de divisão das atividades domésticas;
- Pessoa que estabelece a divisão das atividades;
- Modificação da relação com os familiares, devido à doença;
- Modificação da relação com os amigos, devido à doença;
- Serviço de saúde através do qual é acompanhado;
- Tipo de tuberculose;
- Situação do tratamento.
- Categorias da segunda parte do instrumento:
- Como descobriu que tinha tuberculose;
- Como se sente por ser Mulher ou Homem e ter tuberculose;
- Se informou sobre a doença, a quem/por quê;
- Qual o papel que desempenha na família e se houve mudança a partir da doença;
- Se houve divisão das atividades domésticas a partir da doença;
- Se houve mudança na rotina depois da tuberculose;
- Se houve alteração no convívio com as pessoas a partir da doença;
- Quais as facilidades para realizar o tratamento;
- Quais as dificuldades para realizar o tratamento.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Por tratar-se de um estudo quanti-qualitativo, a análise dos dados ocorreu conforme segue.

3.6.1 Análise quantitativa dos dados

Para os dados quantitativos, foi construído o banco de forma dupla, com as informações contidas tanto para os dados da primeira fase, quanto para a parte objetiva da segunda fase (Apêndice A), sendo utilizado, para tanto, o software Excel – 2007. Posteriormente, as mesmas foram transferidas para o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) – versão 13.0, para o processamento e análise dos dados.

As variáveis quantitativas estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal, ordinal, intervalar e razões. Inicialmente, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes e procedeu-se à verificação da consistência dos dados. A seguir, realizou-se a análise estatística através da construção de tabelas de frequências simples e conjuntas (cruzamentos de variáveis).

Na sequência, foram utilizadas técnicas da estatística inferencial bivariada, com uso do pacote estatístico SPSS-versão 13.0, tendo sido aplicados os seguintes testes estatísticos, ao nível de 5% de significância:

Teste binomial– Teste não paramétrico para comparar as proporções ou percentuais entre as duas categorias de uma variável categórica (dicotômica).

Teste de associação de χ^2 – Teste não-paramétrico para tabela de dupla entrada $l \times c$. Tem a finalidade de verificar a existência ou não de associação entre duas variáveis categóricas, sendo, em particular, usado em tabela de contingência 2×2 para variáveis dicotômicas.

Teste exato de Fisher – Alternativa do teste de associação de χ^2 para tabela de contingência 2×2 . Quando ocorre casela ou célula com frequência esperada ou teórica inferior a 5, determina-se o cálculo exato da significância p-valor.

3.6.2 Análise Qualitativa

Após as entrevistas, os depoimentos foram transcritos pela pesquisadora, os áudios duraram no mínimo 15 minutos e no máximo 1 hora. Como já apresentado anteriormente, a amostra foi de 63 casos entrevistados. Entretanto, foram analisadas 61 entrevistas, em virtude da falta de clareza na gravação de duas, provocadas por sons que comprometeram a qualidade da audição. Assim no final tivemos o seguinte resultado apresentado na Figura:

Figura 5 - Seleção dos casos para as entrevistas. Campina Grande-PB, 2016.

A análise dos depoimentos foi baseada na técnica de Fiorin (1989), adaptada por Bertolozzi (1998, 2005), cujo substrato é a Teoria da Geração de Sentido ou Teoria de Greimás. Segundo Fiorin (2016), a linguagem retrata a visão de mundo do sujeito, que apresenta, por meio do discurso, a vida real, o seu entendimento sobre o mundo exterior, interior, ações e atitudes. Dessa forma, a linguagem não se desvincula da ideia de mundo, porque a ideologia se associa à realidade e explica as relações das pessoas entre si (Fiorin, 2016). A análise foi realizada buscando os temas (os elementos abstratos) e as figuras (os elementos concretos presentes nas falas). As figuras são palavras que representam a realidade e os temas correspondem aos elementos que retratam a realidade percebida pelos sentidos (Fiorin, Savioli, 1991).

O Percurso Gerativo de Sentido é uma sucessão de estágios, do mais simples ao mais complexo (Fiorin, 2016). Na decomposição dos depoimentos, seguiu-se esse caminho na tentativa de chegar à estrutura mais profunda e de construir as categorias. Foram realizadas várias leituras e, a partir das falas, surgiram as categorias analíticas e as subcategorias, que revelam núcleos de sentido relacionados ao objeto de estudo, como apresentado no quadro a seguir:

Quadro 2 - Categorias e subcategorias de análise, Campina Grande/PB, 2018.

Categorias	Subcategorias
Gênero e Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção sobre o papel que desempenha na família - Divisão das tarefas na família - “Ser” mulher ou homem com tuberculose
Processo saúde-doença	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre a doença - Trajetória percorrida até o diagnóstico da TB - Sentimentos em relação à tuberculose - Informação sobre a doença a outras pessoas - Mudança na vida em decorrência da TB
Elementos que condicionam o tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - Facilidade para realizar o tratamento - Dificuldades no tratamento

Como foi feita a análise das falas comparando-se dois grupos, o de homens e o de mulheres, cada sujeito da pesquisa recebeu letras e números de identificação. Utilizou-se H para os homens e para as mulheres; além de uma ou duas letras para a identificação do sujeito. O número representa excertos de frases, extraídos dos depoimentos. Na apresentação dos resultados e na discussão, o padrão seguido foi: identificação do sujeito emissor do depoimento; números separados por vírgula quando referentes ao mesmo sujeito; e letras, por ponto e vírgula para relacionar entrevistados diferentes. Por exemplo: (Ha1,4; Fa5): 1 e 4 referem-se ao homem “a” e o 5 é pertencente à mulher “a”.

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Secretaria de Saúde do Município, para solicitar autorização para a sua realização (Anexo 1). O trabalho foi submetido ao CEP da EEUSP, e aprovado conforme Parecer: 2.240.525 (Anexo 2). Antes de iniciar as entrevistas, foi explicado aos entrevistados o objetivo do projeto e realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice B). No caso de pacientes que não sabiam ler, a entrevistadora leu o TCLE e buscou tirar as dúvidas. Foram obedecidas todas as recomendações estabelecidas pela Resolução 466/2012, que trata das questões éticas de pesquisas com seres humanos.

Resultados

4 RESULTADOS

4.1 ETAPA 1

De acordo com o exposto na metodologia, a primeira etapa dos resultados tratada caracterização de uma série histórica de casos de tuberculose no período de 2001 a 2016. Para buscar compreender peculiaridades entre os grupos de homens e mulheres portadores de TB, o perfil apresenta-se comparativamente.

4.1.1 Série histórica dos casos de tuberculose

No período de 2001 a 2016, foi identificado, no SINAN de Campina Grande, um total de 2.630 casos de tuberculose. Após a exclusão de alguns casos, de acordo com os critérios expostos na metodologia, obtiveram-se 2.228 casos, que constituem a amostra final. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos pacientes com TB. A variação nos resultados deve-se aos ignorados e em branco. Assim, o total válido equivale ao número total com tais grupos já excluídos.

A faixa etária variou entre 10 e 65 anos, prevalecendo o grupo de 21 a 32 anos (713:32,0%), pardos (1.064:50,8%), com baixa escolaridade e prevalência do ensino fundamental incompleto (1.006:57,3%), além do maior percentual para os moradores da região urbana (2.055:93,6%).

Na análise comparada, verificou-se predomínio de casos do sexo masculino (69,0%). Nesse grupo, verificou-se predominância na faixa etária adulta, com destaque para dois intervalos: o de 21 a 32 anos (474:31,5%) e o de 32 a 43 (437:29,1%) ($p = 0,000$) apresentando diferença estatística significativa; pardos (724:51,2%) ($p = 0,518$), com maior percentual para o ensino fundamental incompleto (705:60,7%) ($p = 0,000$), este último também apresentou diferença estatística significativa, sendo a maior parcela residente na área urbana (1.384:93,3%) ($p = 0,059$). No grupo das mulheres, os resultados foram muito semelhantes, tendo sido verificada predominância da faixa etária de adultas jovens, de 21 a 32 anos (239:33,0%) ($p = 0,000$), com diferença estatística significativa; pardas (340:50,0%) ($p = 0,518$); com maior percentual para o ensino fundamental incompleto (301:50,6%) ($p = 0,000$), sendo a maioria residente na área urbana (671:94,4%) ($p = 0,059$).

Quando comparados os dois grupos, houve diferença estatística significativa em relação à faixa etária ($p = 0,000$), na qual o intervalo de destaque de 21 a 32 anos teve maior concentração de casos nas mulheres. Outra diferença marcante se percebeu na escolaridade

($p=0,000$): tendo prevalecido o ensino fundamental incompleto para ambos, ainda que os homens tenham apresentado maior percentual. Note-se que os homens se sobrepõem às mulheres em todos os extratos referentes à baixa escolaridade; já o contrário ocorre em relação aos maiores níveis de escolaridade. As demais características do perfil sociodemográfico não apresentaram diferença estatística significativa.

Tabela 1 - Pacientes com tuberculose, segundo variáveis sociodemográficas e sexo. Campina Grande/PB, 2001-2016.

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		Teste χ^2 (+) p-valor
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária (em anos)							p = 0,000*
10 --- 21	263	11,8	115	15,9	148	9,8	
21 --- 32	713	32,0	239	33,0	474	31,5	
32 --- 43	602	27,0	165	22,8	437	29,1	
43 --- 54	471	21,1	147	20,3	324	21,6	
54 --- 65	179	8,0	59	8,1	120	8,0	
Total	2.228	100,0	725	100,0	1.503	100,0	
Raça							p = 0,518
Branca	678	32,4	236	34,7	442	31,3	
Preta	280	13,4	82	12,1	198	14,0	
Amarela	69	3,3	21	3,1	48	3,4	
Parda	1.064	50,8	340	50,0	724	51,2	
Indígena	3	0,1	1	0,1	2	0,1	
Total válido⁽⁻⁾	2.094	100,0	680	100,0	1.414	100,0	
Escolaridade							p = 0,000*
Analfabeto	218	12,4	59	9,9	159	13,7	
Ens. fund. incompleto	1.006	57,3	301	50,6	705	60,7	
Ens. fund. completo	71	4,0	19	3,2	52	4,5	
Ens. médio incompleto	242	13,8	109	18,3	133	11,5	
Ens. médio completo	96	5,5	47	7,9	49	4,2	
Superior incompleto	29	1,7	14	2,4	15	1,3	
Superior completo	94	5,4	46	7,7	48	4,1	
Total válido⁽⁻⁾	1.756	100,0	595	100,0	1.161	100,0	
Região de moradia							p = 0,059
Urbana	2.055	93,6	671	94,4	1.384	93,3	
Rural	113	5,1	37	5,2	76	5,1	
Periurbana	27	1,2	3	0,4	24	1,6	
Total válido⁽⁻⁾	2.195	100,0	711	100,0	1.484	100,0	

(+) Teste de Qui-quadrado. Resultado significativo: (*)p-valor < 0,05. (-) Total válido = Total Geral – Missings (respostas não informadas).

A Tabela 2 mostra algumas características relativas ao processo saúde-doença. De forma geral, a maioria dos pacientes não apresentou outros agravos e morbidades, como AIDS (862: 87,1%), alcoolismo (783: 75,7%), e diabetes (894:90%); 789 (83,8%) não possuíam outro

agravo e 563 (61,2%) não eram portadores do vírus HIV. A esse respeito, é importante ressaltar que, no período em que foram obtidos os dados, 208 (22,6%) pacientes se encontravam aguardando o resultado do teste laboratorial. Em se tratando da forma da TB, o maior percentual foi a pulmonar (1.825:81,9%). O tratamento supervisionado foi realizado em 1.199 (66,8%) pacientes. A maior parte (1.434: 69,0%) teve a cura como situação de encerramento, mas importante número de pacientes: 299 (14,4%) abandonaram o tratamento e 21 (1,0%) foram à óbito por TB.

Na comparação entre os grupos dos homens e das mulheres, percebe-se um perfil de saúde-doença equivalente (Tabela 2). Assim, o grupo de homens apresentou o maior percentual em relação a não apresentar: AIDS (573:86,0%) ($p=0,164$); não consumir álcool (503/69,8%) ($p=0,000^*$) indicando diferença estatística significativa; não apresentar diabetes (620: 92,4%) ($p=0,001$), também com diferença significativa; mas isto não ocorreu em relação a outros agravos (537:84,8%) ($p=0,200$) como: asma, hipertensão, cardiopatia, hanseníase, hepatite e pneumonia. Também se acrescenta que a maior parcela não era portadora do HIV (398: 59,9%). A maioria havia recebido tratamento supervisionado (836: 68,4%) ($p=0,045$), com diferença significativa e ter obtido cura (915:65,6%). Entretanto, o abandono (242: 17,4%) foi mais expressivo que em relação ao grupo de mulheres e o contrário ocorreu em relação ao óbito (11: 0,8%). Também foi um pouco maior o número de droga-resistentes (TB-DR), com 5 (0,4%), achado este significativo ($p=0,000$); além de ter apresentado maior número de pessoas que tiveram mudança no diagnóstico (22:1,6%). O óbito por outras causas (48: 3,4%) foi maior que o por TB; situações de transferência também apresentaram expressão (151: 10,8 %), e isto se deve, provavelmente, ao fato de Campina Grande possuir um ambulatório de referência (AmbRef) para tuberculose. De fato, muitos pacientes iniciam o tratamento para a tuberculose no AmbRef e depois retornam para seu local de origem.

Já no grupo das mulheres, as variáveis: associação entre a TB e AIDS, o maior percentual foi para não associação (289: 89,2%) ($p=0,164$); e o mesmo ocorreu em relação a outros agravos (252:81,6%) ($p=0,200$) - asma, hipertensão, cardiopatia, hanseníase, hepatite e pneumonia e ser portadora do HIV (165:64,5%) ($p=0,453$). Essas variáveis não apresentaram diferença significativa em relação ao grupo dos homens. Entretanto, em relação às variáveis: tratamento supervisionado - a maioria recebeu (363: 63,6%) ($p=0,045$); consumo de álcool - a maioria delas não consome (280:89,5%) ($p=0,000^*$); não tinham diabetes (274:85,9%) ($p=0,001^*$); além da forma clínica pulmonar (546:75,3%) ($p=0,000^*$). Todas essas variáveis tiveram diferença estatística significativa quando comparadas no grupo dos homens. Em

relação à situação de encerramento, obteve-se cura para a maioria das mulheres (519:75,9%); o abandono foi de 57 (8,3%), óbito por TB: 10 (1,5%), por outras causas: 16 (2,3%), e transferência (65:9,5%) ($p=0,000$).

Tabela 2 - Pacientes com tuberculose segundo sexo e perfil de saúde-doença. Campina Grande/PB, 2001-2016.

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		Teste χ^2 (+) p-valor
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
AIDS							p=0,164
Sim	128	12,9	35	10,8	93	14,0	
Não	862	87,1	289	89,2	573	86,0	
Total válido⁽⁻⁾	990	100,0	324	100,0	666	100,0	
Álcool							p=0,000*
Sim	251	24,3	33	10,5	218	30,2	
Não	783	75,7	280	89,5	503	69,8	
Total válido	1.034	100,0	313	100,0	721	100,0	
Diabetes							p=0,001*
Sim	96	9,7	45	14,1	51	7,6	
Não	894	90,3	274	85,9	620	92,4	
Total válido⁽⁻⁾	990	100,0	319	100,0	671	100,0	
Outras							p=0,200
Sim	153	16,2	57	18,4	96	15,2	
Não	789	83,8	252	81,6	537	84,8	
Total válido	942	100,0	309	100,0	633	100,0	
Portador de HIV							p=0,453
Positivo	149	16,2	38	14,8	111	16,7	
Negativo	563	61,2	165	64,5	398	59,9	
Teste em andamento	208	22,6	53	20,7	155	23,3	
Total válido⁽⁻⁾	920	100,0	256	100,0	664	100,0	
Forma clínica da TB							p=0,000*
Pulmonar	1.825	81,9	546	75,3	1.279	85,1	
Extrapulmonar	353	15,8	156	21,5	197	13,1	
Pulmonar + extrapulmonar	50	2,2	23	3,2	27	1,8	
Total	2.228	100,0	725	100,0	1.503	100,0	
Tratamento supervisionado							p=0,045*
Sim	1.199	66,8	363	63,6	836	68,4	
Não	595	33,2	208	36,4	387	31,6	
Total válido⁽⁻⁾	1.794	100,0	571	100,0	1.223	100,0	
Situação de encerramento							p=0,000*
Cura	1.434	69,0	519	75,9	915	65,6	
Abandono	299	14,4	57	8,3	242	17,4	
Óbito por TB	21	1,0	10	1,5	11	0,8	
Óbito por outras causas	64	3,1	16	2,3	48	3,4	
Transferência	216	10,4	65	9,5	151	10,8	
Mudança de diagnóstico	36	1,7	14	2,0	22	1,6	
TB-DR	7	0,3	2	0,3	5	0,4	
Abandono primário	1	0,0	1	0,1	0	0,0	
Total válido⁽⁻⁾	2.078	100,0	684	100,0	1.394	100,0	

(+) Teste de Qui-quadrado. Resultado significativo: (*) p-valor < 0,05. (-) Total válido = Total Geral – Missings (respostas não informadas).

Na comparação entre os perfis apresentados na Tabela 2, destacam-se as seguintes características que apresentaram significância estatística: consumo de álcool ($p=0,000$) – as mulheres faziam menos uso de álcool que os homens; diabetes ($p=0,001$) – os homens apresentaram menos essa comorbidade que as mulheres–; forma clínica ($p=0,000$) –a forma pulmonar foi mais expressiva no sexo masculino do que nas mulheres; e o tratamento supervisionado ($p=0,045$) – verificou-se maior expressão dos homens que o receberam do que as mulheres, entretanto, com percentual ainda bastante baixo para ambos; situação de encerramento do tratamento ($p=0,000$) – as mulheres apresentaram maior percentual de cura; o abandono foi mais prevalente no grupo de homens, mas as mulheres se destacaram no óbito por TB, enquanto que os homens se destacaram em relação ao óbito por outras causas e pelo maior percentual de transferência.

4.2 ETAPA 2

Esta etapa consiste na identificação dos elementos de gênero que podem interferir na adesão ao tratamento da tuberculose, considerando-se mulheres e homens. Apresenta-se, inicialmente, o perfil dos entrevistados, seguido da análise qualitativa das entrevistas.

4.2.1 Perfil sociodemográfico dos entrevistados

Na Tabela 3, pode-se verificar o perfil sociodemográfico dos 63 pacientes entrevistados. Mais uma vez, é importante assinalar que há variação em relação ao total válido, pois alguns pacientes, por ocasião das entrevistas, não responderam ou a questão não se aplicava. Por isso, optou-se pela análise baseada no total válido, a fim de se evitar interferência na análise estatística dos resultados.

A caracterização geral mostra que, dos 63 sujeitos, 34 eram do sexo masculino (54,0%) (Tabela 3). A faixa etária variou entre 19 a 74 anos, com idade média de 44,0 anos $\pm 15,4$ anos (DP), idade mediana de 45 anos e predomínio da faixa etária entre 41 a 52 anos (16:25,4%). A maioria (48: 76,2%) apontou ter alguma crença religiosa, com prevalência da religião católica (29:60,4%). Quanto ao estado civil, predominaram os solteiros (25: 40,3%). Quando questionados se moravam com o(a) companheiro(a), dos 37 respondentes, 29 (78,4%) responderam afirmativamente. Entre os entrevistados, 42 (66,7%) disseram que tinham filhos, prevalecendo a variação entre 1 a 2 (26: 61,9%). O número de pessoas por residência variou entre 1 a 7 pessoas, incluindo o entrevistado, mas o maior percentual foi entre 3 a 4 (27:42,9%) por residência.

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos da amostra, segundo perfil sociodemográfico e segundo os grupos de homens e mulheres. Campina Grande-PB, 2016.

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		Teste χ^2 p-valor
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária (anos)							p=0,984
19 ---- 30	14	22,2	7	24,1	7	20,6	
30 ---- 41	12	19,0	5	17,2	7	20,6	
41 ---- 52	16	25,4	8	27,6	8	23,5	
52 ---- 63	12	19,0	5	17,2	7	20,6	
63 ---- 74	9	14,3	4	13,8	5	14,7	
Total	63	100,0	29	100,0	34	100,0	
Crença religiosa							p=0,085
Sim	48	76,2	25	86,2	23	67,6	
Não	15	23,8	4	13,8	11	32,4	
Total	63	100	29	100	34	100	
Tipo de crença religiosa							p=0,621
Católica	29	60,4	15	60,0	14	60,9	
Evangélica	18	37,5	9	36,0	9	39,1	
Espírita	1	2,1	1	4,0	0	0,0	
Total válido	48	100,0	25	100,0	23	100,0	
Estado Civil							p=0,320
União estável	9	14,5	3	10,7	6	17,6	
Casado(a)	21	33,9	8	28,6	13	38,2	
Solteiro(a)	25	40,3	12	42,9	13	38,2	
Divorciado(a)	4	6,5	2	7,1	2	5,9	
Viúvo(a)	3	4,8	3	10,7	0	0,0	
Total válido	62	100,0	28	100,0	34	100,0	
Mora com o(a) companheiro(a)							p=0,055
Sim ^(b)	29	78,4	10	62,5	19	90,5	
Não	8	21,6	6	37,5	2	9,5	
Total	37	100,0	16	100,0	21	100,0	
Filhos							p=0,858
Sim	42	66,7	19	65,5	23	67,6	
Não	21	33,3	10	34,5	11	32,4	
Total	63	100,0	29	100,0	34	100,0	
Número de filhos							p=0,189
1 a 2	26	61,9	13	68,4	13	56,5	
3 a 4	7	16,7	1	5,3	6	26,1	
5 ou mais	9	21,4	5	26,3	4	17,4	
Total	42	100,0	19	100,0	23	100,0	
Número de pessoas na residência							p=0,310
1 a 2	20	31,7	12	41,4	8	23,5	
3 a 4	27	42,9	11	37,9	16	47,1	
5 a 7	16	25,4	6	20,7	10	29,4	
Total	63	100,0	29	100	34	100,0	

⁽⁺⁾ Teste de Qui-quadrado. Resultado significativo: (*)p-valor < 0,05. ⁽⁻⁾ Total válido = Total Geral – Missings (respostas não informadas).

Para a comparação dos pacientes segundo a variável Sexo (*masculino, feminino*), o teste de associação Qui-quadrado, aplicado para as variáveis do perfil sociodemográfico e que podem ser encontradas na Tabela 3, não indicou diferença estatística, tomando-se p -valores $> \alpha = 0,05$ (nível de significância adotado).

Percebe-se, no grupo das mulheres, a prevalência do que se segue: a idade variou entre 19 e 74 anos, com média de 43,9 anos, desvio padrão de 16,1 anos (43,9 anos $\pm$ 16,1 anos) e idade mediana de 46,0 anos; 25 (86,2%) ($p=0,085$) tinham alguma crença religiosa; a maioria era solteira (12:42,9%) ($p=0,320$); a maior parcela (10:62,5%) ($p=0,055$) morava com o companheiro. À indagação de ter filhos, 19 (65,5%) ($p=0,858$) responderam afirmativamente, com destaque para o intervalo entre 1 a 2 filhos (13:68,4%) ($p=0,189$). O número de moradores por residência prevalente foi de uma a duas pessoas (12: 41,4%) ($p=0,310$) (Tabela 3).

O grupo dos homens apresentou idade no mesmo intervalo das mulheres, isto é, entre 19 e 74 anos, mas com média de 44,1 anos, desvio padrão de 15,1 anos (44,1 anos $\pm$ 15,1 anos) e idade mediana de 44,5 anos. A maioria referiu ter religião (23: 67,6%) ($p=0,085$), dentre os quais, 14 (60,9%) ($p=0,621$) se consideravam católicos. A maioria era de solteiros e casados (13:38,2%) ($p=0,320$); e moravam com companheira (19:90,5%) ($p=0,055$). A maior parcela dos homens referiu ter filhos (23: 67,6%) ($p=0,858$), com maior proporção para 1 a 2 filhos (56,5%) (13: 56,5%) ($p=0,189$). Em relação ao número de moradores na residência, o maior percentual foi entre 3 a 4 pessoas, com 47,1% (16/34) ($p=0,310$) (Tabela3).

A Tabela 4 mostra o perfil socioeconômico dos entrevistados. De forma geral, a maioria era de não alfabetizados (42,6%) (26/61); não haviam realizado nenhum curso de capacitação para o trabalho (65,6%) (40/61); entre os cursos citados, o de maior percentual foi para o de administração (22,2%) (4/18). Em relação à situação de trabalho, no momento em que ocorreu a entrevista, apenas 33 (53,2%) estavam ativos. Entre as ocupações citadas, a de maior proporção foi a de vendedor (6: 16,2%); 27 (73,0%) disseram não possuir qualificação para a atividade que desenvolviam; e 37 (92,5%) recebiam remuneração. Ao serem indagados se contribuíam com as despesas de casa, 44 (73,3%) posicionaram-se afirmativamente e prevaleceu o montante de 2 pessoas contribuintes no domicílio para as despesas do cotidiano (28:44,4%), ainda que seguidos pelo grupo que referiu que apenas uma pessoa contribuía com as despesas domésticas no domicílio (27: 42,9%). Em relação ao tempo diário destinado às atividades domiciliares, a grande maioria disse dedicar até 4 horas (37: 58,7%); e o mesmo período de tempo foi indicado em relação ao trabalho fora do domicílio (27: 42,9%).

Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos da amostra, portadores de TB, segundo perfil socioeconômico e sexo. Campina Grande-PB, 2016.

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		Teste $\chi^{2(+)}$ p-valor
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escolaridade - última série estudada							p=0,004*
Não alfabetizado(a)	26	42,6	6	21,4	20	60,6	
Ensino fundamental incompleto	4	6,6	0	0,0	4	12,1	
Ensino fundamental completo	11	18,0	7	25,0	4	12,1	
Ensino médio incompleto	9	14,8	6	21,4	3	9,1	
Ensino médio completo	4	6,6	4	14,3	0	0,0	
Superior incompleto	5	8,2	3	10,7	2	6,1	
Superior completo	2	3,3	2	7,1	0	0,0	
Total	61	100,0	28	100,0	33	100,0	
Curso para capacitar para o trabalho							
Sim	21	34,4	12	42,9	9	27,3	p=0,202
Não	40	65,6	16	57,1	24	72,7	
Total válido⁽⁻⁾	61	100,0	28	100,0	33	100,0	
Segmento de formação do curso realizado							p=0,227
Costureira	3	16,7	2	20,0	1	12,5	
Serigrafia	2	11,1	0	0,0	2	25,0	
Mecânica	2	11,1	1	10,0	1	12,5	
Administração	4	22,2	3	30,0	1	12,5	
Técnico de enfermagem	2	11,1	2	20,0	0	0,0	
Soldado	2	11,2	0	0,0	2	25,0	
Informática	2	5,6	1	10,0	0	0,0	
Graniteiro	1	5,6	0	0,0	1	12,5	
Nutricionista	1	5,6	1	10,0	0	0,0	
Total válido⁽⁻⁾	18	100,0	10	100,0	8	100,0	
Situação de trabalho no momento da entrevista							p=0,023*
Trabalhando	33	53,2	9	33,3	24	68,6	
Desempregado	12	19,4	6	22,2	6	17,1	
Afastamento	4	6,5	2	7,4	2	5,7	
Aposentado	6	9,7	3	11,1	3	8,6	
Estudante	5	8,1	5	18,5	0	0,0	
Prendas domésticas	2	3,2	2	7,4	0	0,0	
Total válido	62	100,0	27	100,0	35	100,0	
Ocupação							p=0,243
Confecção de roupas	2	5,4	1	8,3	1	4,0	
Motociclistas e ciclistas de entregas rápidas	1	2,7	0	0,0	1	4,0	
Mecânico	4	10,8	0	0,0	4	16,0	
Ajudantes de obras civis	5	13,5	0	0,0	5	20,0	

Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos da amostra, portadores de TB, segundo perfil socioeconômico e sexo. Campina Grande-PB, 2016.

(Continuação)

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		Teste $\chi^{2(+)}$ p-valor
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Reciclagem	3	8,1	1	8,3	2	8,0	
Vendedor de comércio varejista	6	16,2	3	25,0	3	12,0	
Operador de telemarketing	2	5,4	2	16,7	0	0,0	
Sepultador	1	2,7	0	0,0	1	4,0	
Agricultor	1	2,7	0	0,0	1	4,0	
Forneiro	2	5,4	0	0,0	2	8,0	
Agente administrativo	1	2,7	1	8,3	0	0,0	
Técnico de enfermagem	1	2,7	1	8,3	0	0,0	
Frentista	1	2,7	0	0,0	1	4,0	
Serviços domésticos em geral	3	8,1	1	8,3	2	8,0	
Empresário	2	5,4	1	8,3	1	4,0	
Trabalhadorna pecuária de animais de grande porte	1	2,7	1	8,3	0	0,0	
Vigilante	1	2,7	0	0,0	1	4,0	
Total válido⁽⁻⁾	37	100,0	12	100,0	25	100,0	
Qualificação para o trabalho^(a)							p=0,696
Sim	10	27,0	4	33,3	6	24,0	
Não	27	73,0	8	66,7	19	76,0	
Total válido	37	100,0	12	100,0	25	100,0	
Remuneração decorrente da ocupação^(a)							p=0,037*
Sim	37	92,5	11	78,6	26	100,0	
Não	3	7,5	3	21,4	0	0,0	
Total válido	40	100,0	14	100,0	26	100,0	
Contribuição para as despesas domésticas							p=0,005*
Sim	44	73,3	15	55,6	29	87,9	
Não	16	26,7	12	44,4	4	12,1	
Total válido⁽⁻⁾	60	100,0	29	100,0	34	100,0	
Númerode pessoas que contribuem com as despesas domésticas							p=0,929
1	27	42,9	13	44,8	14	41,2	
2	28	44,4	13	44,8	15	44,1	
3	6	9,5	2	6,9	4	11,8	
4	2	3,2	1	3,4	1	2,9	
Total	63	100,0	29	100,0	34	100,0	
Horas que trabalham nas atividades domiciliares							p=0,001*
0 ---- 4 h	37	58,7	10	34,5	27	79,4	
4 ---- 8 h	15	23,8	11	37,9	4	11,8	
8 ---- 12 h	11	17,5	8	27,6	3	8,8	
Total	63	100,0	29	100,0	34	100,0	

Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos da amostra, portadores de TB, segundo perfil socioeconômico e sexo. Campina Grande-PB, 2016.

(Continuação)

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		Teste $\chi^{2(+)}$ p-valor
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Horas em atividades fora do domicílio							p=0,013*
0 ---- 4 h	27	42,9	18	62,1	9	26,5	
4 ---- 8 h	13	20,6	5	17,2	8	23,5	
8 ---- 12 h	23	36,5	6	20,7	17	50,0	
Total	63	100,0	29	100,0	34	100,0	

(+) Teste de Qui-quadrado. Resultado significativo: (*)p-valor < 0,05. (a) Teste exato de Fisher (freq. esperada < do que 5). Result. signif: (*)p-valor < 0,05. (c) Total válido = Total Geral – Missings (respostas não informadas). (b) variáveis relacionadas.

Percebe-se, na comparação entre os grupos (Tabela 4), após aplicação do teste de associação de Qui-quadrado, que as seguintes características mostraram diferença estatística significativa: escolaridade (p=0,004) – as mulheres apresentaram maior nível de escolaridade - ; situação do trabalho (p=0,023) – os homens encontravam-se mais empregados, enquanto as mulheres constituíram um grupo expressivo de desempregadas –; remuneração decorrente da ocupação (p=0,037) – todos os homens relataram receber pagamento por sua atividade; já no grupo de mulheres, algumas não recebiam (3/21,4%) –; contribuição para as despesas domésticas (p=0,005) – os homens contribuíam mais –; horas trabalhadas em atividades domiciliares (p=0,001) – o grupo feminino ocupava mais tempo do que os homens –; horas trabalhadas fora do domicílio (p=0,013) – o grupo masculino ocupava mais tempo do que as mulheres. Assim, descreve-se abaixo o resultado de cada grupo de forma separada para melhor compreensão.

O grupo feminino apresentou o seguinte perfil socioeconômico: a maioria tinha o ensino fundamental completo (7: 25,0%) (p=0,004) e uma distribuição mais expressiva que os homens em relação a ter níveis mais elevados de estudo; não realizaram nenhum curso de capacitação para o trabalho (16:57,1%) (p=0,202); entre as que fizeram, vários cursos foram citados: costureira, técnica de enfermagem, e administração, este último em maior proporção (3/30,0%) (p=0,227). Em relação à situação de trabalho, apesar de a maior parte encontrar-se em atividade no momento da coleta de dados (9: 33,3%) (p=0,023), foi elevado o número de desempregadas (6:22,2%). Em relação à ocupação, verificou-se destaque para: vendedora (3/ 25,0%) e operadora de *telemarketing* (2: 16,7%). Também a maior parcela referiu não possuir qualificação para a atividade realizada (4/66,7%) (p=0,696), mas recebia remuneração pelo trabalho (11/78,6%) (p=0,037); e um pouco mais do que a metade (15:55,6%) (p=0,005) disse contribuir com as despesas domésticas. Quando questionadas sobre quantas pessoas

contribuíam com tais despesas, houve igual menção a uma e duas pessoas, respectivamente (13:44,8%) ($p=0,929$). A maior parcela disse despendar cerca de 4 a 8 horas (11/37,9%) ($p=0,001$) nas atividades domésticas e até 4 horas (18/62,1%) ($p=0,013$) fora do domicílio.

Diferentemente das mulheres, no grupo dos homens, verificou-se destaque para os níveis mais baixos de escolaridade, sendo alto o número de não alfabetizados (20: 60,6%) ($p=0,004$) e nenhum com nível superior completo. Um número expressivo relatou não ter realizado curso de capacitação para o trabalho (24:72,7%) ($p=0,202$). Entre os cursos realizados, destacaram-se serigrafia, com maior prevalência (2:25,0%) ($p=0,227$), seguido de mecânica, administração, cabeleireiro, graniteiro e desenvolvedor de *software*. A maioria encontrava-se trabalhando no momento da coleta de dados (24:68,6%) ($p=0,023$), mas não possuía qualificação para aquela atividade (19: 76,0%) ($p=0,696$). Todos afirmaram receber remuneração ($p=0,037$). A maior parcela referiu contribuir com as despesas domésticas (29:87,9%) ($p=0,005$) e a maior parte mencionou que duas pessoas na residência contribuíam com as despesas (15:44,1%) ($p=0,929$). Quando questionados sobre quanto tempo gastavam para realizar as atividades no domicílio, a maioria respondeu até 4 horas (27:79,4%) ($p=0,001$); e, fora do domicílio, entre 8 a 12 horas (17:50,0%) ($p=0,013$).

Na Tabela 5, podem ser encontradas algumas características do perfil clínico e acesso ao serviço de saúde dos entrevistados. A maior parte afirmou que eram acompanhados, principalmente, por ESF (51: 83,6%), quase não havendo diferença entre os homens e as mulheres. A maioria tinha a forma pulmonar da doença (49:80,3%), sendo que os homens apresentaram preponderância. Na situação de encerramento, a cura foi prevalente (49:84,5%), mas 3 pessoas (5,2%) abandonaram o tratamento, e os homens também apresentaram maior abandono que as mulheres. Seis pessoas (10,3%) ainda estavam com o tratamento em andamento. Não foi possível identificar a situação de encerramento de alguns pacientes, pois não tinham sido informados pelo profissional ou não sabiam responder.

Tabela 5 - Distribuição dos sujeitos do estudo segundo algumas características clínicas, acesso ao serviço de saúde e sexo. Campina Grande-PB, 2016.

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		Teste χ^2 ⁽⁺⁾ Sig. p-valor
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Serviço de acompanhamento							p=0,725
ESF	51	83,6	22	81,5	29	85,3	
AMBRBTB	7	11,5	4	14,8	3	8,8	
Hospital	3	4,9	1	3,7	2	5,9	
Total válido	61	100,0	27	100,0	34	100,0	
Tipo de tuberculose							p=0,335
Pulmonar	49	80,3	21	75,0	28	84,8	
Extrapulmonar	12	19,7	7	25,0	5	15,2	
Total válido	61	100	28	100,0	33	100,0	
Situação do tratamento							p=0,688
Cura	49	84,5	24	88,9	25	80,6	
Abandono	3	5,2	1	3,7	2	6,5	
Andamento	6	10,3	2	7,4	4	12,9	
Total válido	58	100,0	27	100,0	31	100,0	

⁽⁺⁾ Teste de Qui-quadrado. Resultado significativo: (*)p-valor < 0,05. ⁽⁻⁾ Total válido = Total Geral – Missings (respostas não informadas).

Na comparação dos grupos homens e mulheres, apresentada na Tabela 5, em relação a algumas características clínicas, o teste de associação Qui-quadrado não indicou diferença estatística.

Na análise específica de grupo, as mulheres foram mais acompanhadas junto à ESF (22: 81,5%) (p=0,725). Ainda em relação a essas, a forma predominante de TB foi a pulmonar (21:75,0%) (p=0,335). O percentual de cura atingiu 88,9% (24), e o de abandono foi baixo (1:3,7%); e para 2 (7,4%) o tratamento encontrava-se em andamento. Os homens também eram acompanhados em sua maioria junto à ESF (29:85,3%) (p=0,725). A forma pulmonar também foi a prevalente (28:84,8%) (p=0,335); 25 (80,6%) obtiveram cura, mas o percentual de abandono foi maior que o das mulheres (2:6,5%) (p=0,688), ainda que baixo.

4.2.2 Análise dos depoimentos de mulheres e homens com tuberculose

Conforme registrado na seção relativa à Metodologia, os depoimentos dos sujeitos foram analisados segundo a Teoria do Percurso Gerativo de Sentido, adaptada por Bertolozzi (1998, 2005). Tal Teoria possibilita a extração dos núcleos de sentido que serviram como substrato para a construção das categorias analíticas e subcategorias (Quadro 1). Excertos dos depoimentos que exemplificam as categorias e subcategorias encontram-se no apêndice (A).

São as seguintes as categorias, que emergiram após a análise dos depoimentos: Gênero e tuberculose, O processo saúde-doença, e Elementos mediadores do tratamento.

Quadro 3 - Categorias e subcategorias de análise.

Categorias	Subcategorias
Gênero e Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção sobre o papel que desempenha na família - Divisão das tarefas na família - “Ser” mulher ou homem com tuberculose
Processo saúde-doença	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre a doença - Trajetória percorrida até o diagnóstico da TB - Sentimentos em relação à tuberculose - Informação sobre a doença a outras pessoas - Mudança na vida em decorrência da TB
Elementos que condicionam o tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - Facilidade para realizar o tratamento - Dificuldades no tratamento

4.2.2.1 Categoria I - Gênero e tuberculose

O estudo buscou identificar indícios relativos ao Gênero na adesão ao tratamento da TB. Da análise dos depoimentos emergiram as seguintes subcategorias que compõem a categoria Gênero e TB: Percepção sobre o papel que desempenha na família; Divisão das tarefas; “Ser” mulher ou homem com tuberculose. Tais subcategorias emergiram da análise dos depoimentos de mulheres e homens durante a entrevista, quando questionados: (1) Qual seu papel na família?; (2) E como se sente desempenhando seu papel?; (3) E como foi que o senhor se sentiu sendo homem/Mulher e tendo tuberculose?; (4) Como são divididas as tarefas aqui na tua casa?; (5) Teve alteração no convívio com a família e amigos?

4.2.2.1.1 Percepção sobre o papel que desempenha na família

O “*papel familiar*” foi interpretado como **ajuda** nas atividades domésticas quando os homens foram indagados (HA5; HB3; HD5; HF5; HG5; HI9; HO9):

“Me sinto bem, meu pai é da polícia, e aposentado.... Minha mãe trabalha na prefeitura, também é aposentada, não faço nada, passo o dia em casa e ajudo em casa, me sinto bem com isso graças a Deus” (HA5);

“Não, tranquilo, não faço nada, só aqui no meu cantinho” (HB3);

“O meu papel aqui na casa é apenas em ajudar” (HZ9);

“Ajudo ela, sempre ajudei” (HR11);

“Eu me dou com todo mundo, se eu puder, eu ajudo todo mundo também. Nas tarefas de casa, no que precisa” (HG5);

“É ajudar, assim, às vezes, e pronto. Com uma condição e pronto. Compre isso, faça isso, se me pedir eu dou” (HI9);

“... meu papel na família é ajudar minha mãe, como filho, enquanto ela tiver de pé, me esforçar o máximo que eu puder, até enquanto eu estiver por aí...” (HL8).

A ação de “ajudar” está diretamente ligada a um auxílio ou assistência a algo ou a alguém. Nesses casos, evidencia-se uma contribuição prestada e não uma co-responsabilidade, destacando-se que o ato de “ajudar” os torna “bons” maridos ou filhos, “homens bons”:

“... ajudar é bom assim...” (HG8);

“Filho amoroso e dedicado, eu ajudo em casa, limpo meu quarto” (HD5).

Além destes, entrevistados de ambos os grupos se colocaram como membros participantes da família, que exerciam uma função de colaboração, tida como muito importante para todos (HB3; HD5; HJ17, HL8). Para as mulheres, o destaque foi ajudar nas atividades domésticas e estudar, entendendo que, no futuro, deveriam cuidar dos pais:

“Meu papel na família, eu ajudo minha mãe sempre que dá qualquer coisa, estou tentando passar no mestrado para ter uma profissão boa e ajudar... (FD4); “... eu tenho pra mim que, no futuro, eu tenho que me esforçar bastante, pra eu poder... é... sustentar meu pai e minha mãe que trabalham muito” (FZ5).

Por outro lado, para outros não foi possível identificar o “papel desempenhado na família”: *“Sei dizer não” (HE4); “Não sei dizer assim, o meu papel principal aqui, não sei” (HW5).*

Também foram verificadas situações em que foi descrita mudança nos papéis, em virtude de algum evento inesperado, a exemplo da ausência do parceiro, no contexto familiar, levando, necessariamente, a exercer o duplo papel de mãe e pai:

“Minha filha, a importância agora é trabalhar, terminar esse tratamento. E ver se Deus me dá um futuro mais melhor, pra ver se eu dou uma vida digna a esses meninos, porque só Jesus. Porque não tem mais pai, mais nada, só Deus. Pago aluguel, porquê, se pelo menos a casa fosse minha, ainda tinha, mas eu pago aluguel com bolsa família e depois vem feira, vem gás, vem remédio... é muito complicado a vida”(FY4);

“Eu acho que eu fui mãe, pai, tudo... pra eles, porque pai deles nunca ligaram pra eles, e eu quem tomei de conta, não tinha nem onde morar, felizmente apareceu essa casinha aqui que me deram pra eu morar, ... não pago aluguel, pago água e luz, mas aluguel, não, graças a Deus eu não pago”(FG11).

Para a maioria dos entrevistados (homens e mulheres), os papéis e tarefas desempenhadas são tidos como “naturais”, o que faz com que se sintam “normais”(HH8, Hn8), vitoriosos, responsáveis: *“Eu me sinto uma vitoriosa, eu sou uma vitoriosa”* (Fk8); *“Eu me sinto uma pessoa responsável”* (Ho11).

Numa outra perspectiva, e que revela um caráter historicamente construído, a maioria dos homens se coloca como provedores, a “força” da família: *“Eu acredito que eu seja o ponto mais forte, né?”* (HFF9), sendo os responsáveis por garantir o sustento dos membros da família (HH8; HI9; HO9; HU4; HDD3; HDD19):

“Agora, o que for de despesa, não tem outra renda a não ser a minha, eu banco de tudo na família, o pai, só não sou a mãe... porque a mãe tem que ter a mãe... Eu me sinto normal, no papel do homem de casa...de fazer os filhos...casou, tem que ter responsa” (HH8);

“Eu tenho tudo né, porque sem eu, se eu não tiver aqui dentro do meu lar, as coisas se tornam difíceis...porque eu sou tudo pra fazer tudo, para correr atrás do pão de cada dia”(HDD19).

Nota-se, no excerto referente ao paciente HH8, supracitado, que o sujeito se coloca também como reprodutor, como responsável por “fazer os filhos”.

O fato de considerar-se como provedor parece limitar o não cumprimento das recomendações médicas pelos homens, dada a necessidade de manutenção do repouso e de se afastar do trabalho, além da ausência de medidas de proteção social, que poderia contribuir ou garantir a alimentação ou outras necessidades dos familiares:

“Mas como eu sou pai de família, eu tinha que correr atrás, mesmo doente que a médica disse ‘e você não está fazendo repouso’, eu disse ‘não, doutora, como eu vou fazer repouso se eu não tenho nenhum benefício? Para eu dar sustento a minha casa..., né? Eu tenho tudo, ... porque sem eu, se eu não tiver aqui dentro do meu lar, as coisas se tornam difíceis, ... porque eu sou tudo pra fazer tudo, para correr atrás do pão de cada dia’”(HDD 3,19).

Por outro lado, as mulheres, de uma maneira geral, interpretaram o “*papel familiar*” como relações estabelecidas entre as pessoas que compõem o núcleo familiar (FB8; FC4; FD4; FG11):

“Mulher, eu não sei não, dizem aqui dentro de casa que eu sou a principal, que tudo é comigo, minha mãe e meu pai meus irmãos, tudo que quer é comigo [...] aqui de tudo faz um pouco, tudo eu faço um pouco, eu costuro meu ganha pão, eu varro casa, eu levo mãe para médico, de tudo eu faço um pouco” (Fc5).

“... Pra minha família... sempre me vê como uma: A forte. Tá entendendo? Que nada me abala. Eles me chamam, aí pronto, eu me acho com uma obrigação de zelar por eles dois. Aqui são três filhos, dois casaram, só eu fiquei. Eu casei, fiquei dentro de casa. Me separei do meu primeiro marido, fiquei dentro de casa. Continuei com meus três filhos aqui. Aí sempre, nunca deixei eles dois (os pais). É tanto que eu não tenho um marido, eu tenho um abençoado... Todo homem que vai querer uma mulher assim” (FE4).

A mulher focaliza seu papel principalmente no cuidado familiar (FA5; FB8; FE4; FG11; FH7; FQ6; FS4):

“A minha função é sempre cuidar deles, é... dos casados, dos solteiros, inclui tudo, não tem porque é casado, num cuidar não, eu cuido de todos” (FK7); “... eu faço tudo que eu posso, ... ajudo um, ajudo outro,

não deixo, não deixo faltar nada pra nenhum, a responsabilidade da gente é assim, ... em cuidar dos filhos” (FL6).

Outras mulheres acreditam “*ser tudo*”, ao garantir o sustento, ao realizar as atividades domésticas e garantir as necessidades dos familiares (Fb8; FG11; FH7; FI13; FU9; FX6):

“Acho que sou tudo! De tudo é um pouco, eu acho que sou tudo mesmo” (FH7);

“Eu sou tudo pra ela, para família, eu aqui assumo tudo, sou da casa, eu mando em tudo, eu decido tudo, tirando eu, quem decide é minha filha, aquela dali, ela limpa tudo aqui” (FB8); “Mulher, eu não sei não, dizem aqui dentro de casa que eu sou a principal, que tudo é comigo, minha mãe e meu pai, meus irmãos, tudo que quer é comigo [...] aqui de tudo faz um pouco, tudo eu faço um pouco, eu costuro, meu ganha pão, eu varro casa, eu levo mãe para médico, de tudo eu faço um pouco” (Fc5).

Também se verificou situação na qual, em virtude do óbito da mãe, a filha precisou assumir o cuidado com a família:

“... eu creio que é bem importante, ... eu não me sinto superior, mas como eu fui a caçula da família, eu sempre fui muito querida pela minha mãe, pelos meus irmãos, depois eu perdi minha mãe e fiquei com minha irmã, meus sobrinhos, é como se eu fosse a mãe deles, ... e, então, eu me sinto privilegiada de Deus, pelo fato de me sentir amada... pelos meus familiares” (FAA5).

Entretanto, tais mulheres apontam o fardo dessas situações:

“... eu acho isso muito pesado pra mim, ... porque... pela vida assim que eu tenho, eu deixei de viver minha vida, em função de tomar conta deles (mãe, pai e irmã), difícil,... pra mim hoje é como se eu vivesse numa prisão” (Fq7).

E, apesar de desempenhar o papel de cuidadora da família, por ocasião do adoecimento por TB, aponta não ter recebido o cuidado esperado:

“... como eu vivi muito com minha mãe... Primeiro, cuidei do meu pai, da minha mãe e, hoje, da minha irmã. Aí eu me sentia assim, como se

fosse a pessoa principal da família, porque tudo dos meus irmãos era comigo e, no momento que eu precisei, eu não tive o apoio deles, eu me senti totalmente rejeitada” (FQ6).

Por outro lado, coloca-se o sentimento em relação ao parceiro, como fundamental no enfrentamento da doença e na manutenção do tratamento: “... meu esposo ... ele ia comigo pra médica, pra posto, sempre era onde... onde eu tava, ele tava mais eu” (Fe6).

Diante dos achados apresentados, verifica-se que os homens entendem sua participação na família, principalmente como mantenedores, reproduzindo o que historicamente foi sendo reproduzido, enquanto que a mulher aparece como “cuidadora”, dona de casa e suporte central da família, o que também não deixa de evidenciar uma dimensão que vem sendo reproduzida socialmente.

4.2.2.1.2 Divisão das tarefas na família

Os papéis convencionais trazem um padrão de arranjos familiares e de divisão de tarefas que determinam essa posição de provedor ao homem e da mulher como dona de casa, o que é possível identificar em depoimentos de sujeitos de ambos os grupos (H19; Hk12; Ho13; Hw8; Fc6; Fl8), tais como:

“Eu tenho tudo ... porque sem eu, se eu não tiver aqui dentro do meu lar, as coisas se tornam difíceis, ... porque eu sou tudo pra fazer tudo, para correr atrás do pão de cada dia, né?”(Hdd19);

“Dela fazer as coisas de casa e eu trazer pra dentro de casa, né?”(HK13);

“Eu e minha mãe quem faz tudo, tem meu pai e meu irmão, para começar por serem homem... já tem aquela dificuldade a mais, não fazem nada...” (Fd5).

O último excerto expressa certa naturalização do papel doméstico da mulher e ausência do homem nessas atividades. Em alguns casos, embora alguns homens “ajudem” no espaço doméstico como “colaboradores”, deixam claro que a responsabilidade dessa tarefa é da mulher:

“... aqui eu faço tudo, até roupa eu lavo, quando ela não pode, aí eu pego roupa minha mesmo na lavanderia e lavo. Cuido de comida, lavo casa e varro terreiro, faço tudo, quando ela não pode (Hu7,8); “Às

vezes, eu lavo um prato. Às vezes, eu varro a casa. Aí arrumo umas roupas. Às vezes, lavo as roupas também. Algumas roupas minhas” (HZ12); *“É muito raro, mas quando eu vejo que ela tá sobrecarregada, que eu chego, não muito cansado, aí eu ajudo”* (HFF11).

Apenas um entrevistado relatou que, por estar desempregado e sua mulher trabalhando, ele assumia as atividades do lar e ela, como provedora:

“É, sou eu mesmo que faço ... ela tá aqui, mas só por um tempo, aí normalmente sou eu, limpo casa, faço almoço, cuidado da menina. Ela tá trabalhando. ... eu sempre tô em casa, mas eu creio que quando eu começar a trabalhar, vai ser mais dividido...” (HCC13,14).

Por outro lado, em algumas falas masculinas percebe-se que a divisão de tarefas ocorre igualitariamente, isto é, homens e mulheres exercem o trabalho doméstico (HJ21; HR13; Hdd21): *“Cada um faz uma coisa no almoço, um lavar os pratos, um lavar o banheiro, outro lavar a casa”* (HE6); *“Na limpeza... Lavo um prato, passo um pano, ajudando... varrendo, o que puder eu faço”* (HG7); *“Eu acho que sou a metade e a minha esposa é a outra metade, ... Em se tratando em trabalho da casa, né?”* (HK12).

Verificou-se, ainda, aqueles que percebem a imposição social, em relação à responsabilidade das atividades domésticas, a cargo das mulheres, o que os leva a perceber o teor preconceituoso desse comportamento. Entretanto, eles mesmos acabam por reforçá-lo, ainda que afirmem não ter problema em realizar as referidas tarefas:

“Pra dizer a verdade, muitos têm preconceito em relação a isso. Acham que quem tem que fazer isso é as mulheres. Mas não tem nada a ver. O homem também tem que ajudar. Principalmente se, por exemplo, minha esposa tiver muita coisa pra fazer. Roupa pra lavar, prato, casa pra arrumar. Claro que, com certeza, eu vou ajudar em alguma coisa. Pra que também venha aliviar pra ela, pra que ela não se afadigue muito. Não se canse muito. Não tem problema nenhum. Pelo contrário, eu adoro fazer” (Hz13,14).

Mas também se verificou reforço na percepção sobre a divisão de tarefas domésticas, ao manifestar que há atividades que devem ser realizadas por homens e outras por mulheres, reafirmando a sua naturalização:

“... conserto eu faço, conserto é de homem, atividade de homem, vamos dizer, consertar uma parede, rebocar uma casa, limpar o mato. Mas doméstica... lavar prato, lavar roupa, ainda sou desse tempo... mas o problema é que não fazer... Se eu for lavar um copo, quebro dois. Até pra almoçar, às vezes eu peço a ela” (HL12).

Algumas mulheres reforçam a naturalização da divisão de tarefas, pois para elas, é compreensível o fato dos homens não ajudarem, justificado pelas atividades que realizam fora do domicílio: *“Ele trabalha à noite, durante o dia dorme um pouquinho” (Fh10); “... ele trabalha, estuda de noite, aí não tem nem como ele ajudar” (Fm7).* O mesmo foi manifestado por alguns homens, verificando-se, também, a afirmação de não realização de nenhuma tarefa sem quaisquer justificativas (Hl11; Ho13; HT29; HW8): *“As atividades domésticas quem faz sempre é minha mãe. Não, não ajudo, passo o dia trabalhando” (HW8); “Ela mesmo, minha sobrinha, eu mesmo, quando chego em casa eu vejo televisão e vou dormir” (HL11).*

Para um deles, o fato de morar só o obrigava a *“fazer tudo que uma mulher faz”*. É interessante verificar a afirmação de que, em caso compartilhasse o domicílio com uma companheira, a vida certamente melhoraria, uma vez que ela seria responsável pelo cuidado do domicílio (HBB4):

“O que uma mulher faz, eu faço. Lavo roupa, faço tudo, só tem eu mesmo pra fazer. Faço comida, faço tudo [...] mas uma mulher é bom dentro de uma casa, porque a mulher ajuda também... o caba vai trabalhar... , quando chega aqui tá tudo prontinho, aí, isso faz muita falta também, sem mulher... mas também o caba não vai botar toda qualidade de mulher... tenho que fazer comida, mas uma mulher ajuda muito, né não?” (Hee 19, 20,22).

De uma forma geral, os discursos das mulheres entrevistadas divergem dos homens no que diz respeito à divisão das tarefas domésticas, uma vez que, em quase todos os relatos, afirmaram que tais atividades eram realizadas apenas por elas ou com a ajuda de outras figuras femininas, e que integravam o núcleo familiar:

“Mulher, aqui não tem divisão não, ...de tudo eu faço, lavo prato, amanhã varro casa” (Fc6);

“Eu, mainha e essa menina aqui...” (Fe7);

“... eu e uma irmã minha, a gente toma conta da casa, de fazer uma limpeza, de lavar a louça, de deixar tudo organizado, tudo bem dividido as tarefas, uma lava, outra cozinha, a outra é com a sala, outra com o quintal e tudo é dividido”(Ff8).

Em contrapartida, apenas uma mulher disse que o companheiro a ajudava nas atividades do lar: *“Bem, ele (marido) me ajuda muito ... me ajuda, lava louça, passa pano na casa, ele às vezes lava roupa, só na máquina...mas essas coisas de varrer ele não gosta, ...”* (Faa8).

Uma das mulheres disse ter estabelecido nova divisão de tarefas na moradia, para que todos se responsabilizassem pelas atividades domésticas. Para tanto, foi necessário romper com suas crenças e tradições culturais:

“Aqui cada um faz suas coisas, entendeu, cada um, eu, meu esposo e meu filho, cada um lava sua roupa,... eu criei esse sistema aqui em casa... já faz muito tempo. Já fui bem mais dedicada, hoje eu não sou muito não, eu acho. Assim, é uma coisa meio que cultural isso. Minha mãe me criou, já veio da criação dela que a gente tinha que ser dona de casa, tanto é que eu vim trabalhar agora, formalmente, porque eu era dona de casa, pra ser mãe. Hoje eu tô pensando diferente, ... hoje eu quero trabalhar, quero ter mais, eu sei que é um pouco tarde, mas não...” (Fp 11,12).

Apesar dessa ruptura com a organização *“familiar tradicional”* ser relevante para a igualdade de gênero, quando a mulher não assume a responsabilidade do lar – interpretada para grande parte da sociedade como “natural” e retratada nas falas das entrevistadas –, esse comportamento é visto como um desvio para algumas pessoas, causando sentimentos negativos nas mulheres: *“... eu me sinto às vezes incomodada, porque as pessoas sabem, criticam, porque eu não cuido muito da casa, porque eu não dou muita atenção, entendeu?”* (Fp13).

Em síntese, pode-se verificar que a divisão de tarefas é entendida, de modo geral, tanto por homens e mulheres como “natural”, fenômeno em que a mulher deve se responsabilizar pelos afazeres domésticos e os homens apenas atuam como colaboradores.

4.2.2.1.3 “Ser” mulher ou homem com tuberculose

Primeiramente, é necessário apontar que, de forma geral, os interlocutores disseram que o fato de ser homem ou mulher e ter adoecido por TB não fazia diferença (Ha4; Hd3; He2; Hy2; Haa24): “Normal”(HA4); “Não, pra mim, normal” (Ff2).

Conforme alguns homens e mulheres, a doença pode atingir qualquer indivíduo, não importando o gênero ou o “sexo” (palavras usadas por alguns respondentes):

“Eu acho que a doença é normal, não tem sexo, não tem pessoa; até uma criança adoece, a doença não tem idade, não tem limite” (HE2);

“Eu acho que ser mulher e ter tido a doença, acho que doença pega em qualquer pessoa” (Fp16);

“Só uma pessoa doente, não tem diferença nenhuma” (HD3).

Entretanto, há que apontar que a discriminação, o estigma decorrente da enfermidade é realidade para ambos os grupos (Fm2; Fp16):

“Mulher, assim, eu acho que não só eu, como todo paciente... que adquiriu essa doença, né? TB, sente a discriminação (Fi11);

“Eu me senti, sei lá, esquisita, diferente, porque, eu sendo mulher ou se eu fosse qualquer outra pessoa, eu me senti estranha” (Fj5);

“Eu num sei, eu acho que não, porque independente de ser homem ou mulher, você falar tuberculose, as pessoas já se assustam” (Fn13).

Outras caracterizaram as mulheres como indefesas e, provavelmente, mais propícias ao adoecimento. Também é importante apontar o questionamento sobre a causa da doença, uma vez que a ausência de certos hábitos, ou o fato de tê-los cessado, ou mesmo determinadas atitudes perante a vida, e mesmo assim ter sido acometida pela TB é interpretado como decorrente de punição por parte de poder divino (Fb2; Fd2; Fh4):

“Mulher... assim, por a gente ser mulher já é indefesa, né? Mas... eu fiquei meio indignada, porque a gente fica, né? Porque eu dizia: até... fui até mal com Deus... uma vez a minha tia aqui, ela disse: ‘Não, minha filha, vai tá tudo bem’. Eu disse: mas, tia, olhe, eu num bebo, eu num fumo, eu já bebi, já fumei, já dancei, já farrei... Nada disso eu faço mais. Eu não bebo, eu não fumo. A única coisa mesmo que eu faço mal

a minha saúde é por dormir tarde, né? Mas, assim, eu... e eu vejo aí tanta gente que vive fazendo essas desgraças de fumar, de beber, de usar drogas e não tem nada. E por que eu? A minha indignação só foi essa, né? Mas... a gente não sabe o porquê que Deus faz, né? (Fe2) ”.

“Sim entendi, sendo mulher e tendo a doença. Senti, ...porque eu pensava que eu não ia ter essa doença [para e chora]”(Fb2);

Mulher, na época, fiquei tão assim, sabe. Porque eu acho assim: eu não sou uma pessoa ruim para contrair essa doença. Até hoje, eu não sei como eu contrai [paciente ficou triste e baixou a cabeça], mas, a princípio, no começo, eu ficava assim, com vergonha; me sentia assim diferente; mas depois, com o tempo, passou”(FC2).

Por outro lado, o enfrentamento da doença em paralelo às adversidades da vida contribui para identificar-se forte e corajosa:

“Porque eu sofri muito, mas nunca abandonei meus filhos, sempre fui uma guerreira, sempre lutei por eles. Chegou um momento do pai abandonar, mas eu nunca abandonei. E hoje em dia, continuo; tenho dois de menor ainda, continuo sendo a guerreira de correr atrás dos meus filhos pra qualquer coisa” (Fk9).

A debilidade causada pela TB determina não mais ter vontade de viver:

“Aí ela dizia: ‘Mulher... eu te vejo assim... tu é tão forte’. Eu disse: mãe... eu acho que eu quero é morrer. Ela disse: ‘Não, eu te vejo tão forte. Cadê a mulher de fibra que você é? Aí eu disse: mulher, não sei onde tá não. Sei que essa daí sumiu. Acho que pouco a pouco, eu tô morrendo”(FE5).

Por outro lado, a superação desse processo é admitida como uma vitória: *“Eu me sinto uma vitoriosa, eu sou uma vitoriosa” (Fk8).*

Na perspectiva do grupo masculino, o fato de ser homem, além do estigma causado pela TB, exerce efeito sobre a situação vivenciada: *“Rapaz, é complicado, porque a gente tem que esconder um pouco... é complicado e, e por questão de ser homem, é que ficou pior ainda, né?” (HT14).*

Também se verifica indício da influência de gênero na vivência da TB, quando os homens dependem das mulheres para buscar assistência: *“Da segunda vez, eu tava com essa mulher. Aí ela ficava insistindo: ‘Vá fazer o tratamento, vá atrás do tratamento’. Aí eu fiz”* (HBB7); *“minha mãe pegou uma ficha, eu passei pela médica...”* (HDD3).

Mesmo no caso das mulheres também se percebe que acreditavam que o apoio deveria vir de uma mulher: *“Mas eu pensava que quem ia me dar mais apoio seriam as irmãs, as mulheres, mas não tive o apoio”* (Fq1).

Portanto, de modo geral, a maioria dos entrevistados não manifestou alguma associação entre o fato de “ser” homem ou mulher e o enfrentamento da doença. Para as mulheres algumas representações evidenciam uma certa associação entre o fato de serem mais indefesas, o que seria mais propício ao adoecimento. Ao mesmo tempo, enfrentar a enfermidade, ao lado das adversidades da vida contribui para a interpretação de sua coragem. Para os homens, parece ser necessária a presença feminina para apoiar a busca da assistência. É importante destacar que durante as entrevistas buscou-se explicar a pergunta que proporcionava a reflexão deste tópico, mas parece que o entendimento sobre a questão ficou prejudicado.

4.2.2.2 Categoria II: Processo saúde doença na tuberculose

4.2.2.2.1 Conhecimento sobre a doença

De uma forma geral verificou-se carência de conhecimento em relação à causa da TB, sendo o grupo das mulheres aquele que apresentou maior desconhecimento (Fi3; Fm3; Fp19; FV3; Hu4; Hs18; Hi6):

“Não, não ouvi falar né. Não conhecia não” (Fm3);

“Porque assim, eu acho que vem de uma família que teve..., mas na minha família ninguém teve, porque... minha mãe morreu de diabetes, meu pai, eu ... acho que veio já do meu pai, porque meu pai tinha asma. Acho que isso já era fundamento dele” (Fb4).

Ambos os grupos (de mulheres e de homens), que pareceram ter informações a respeito da doença, as obtiveram de parentes e colegas de trabalho que já tinham adoecido por tuberculose (Fh1; Fg3; Fb15; Fb4; Hu4; Hc3):

“É porque..., minha família já teve, aí foi passando..., de um pra outro, no caso, quando meu irmão ficou bom, aí eu comecei a sentir uns

sintomas que eu já conhecia a doença já, como minha família já teve, né?”(Fh1).

“Eu tinha porque tinha um colega meu, lá do trabalho, que já tinha tido, já há um ano atrás ele tinha tido a tuberculose, aí já tinha mais ou menos a noção já” (Haa4,6).

O fato de conhecer a doença contribuiu para facilitar a identificação de seus sinais e sintomas (Fh1; Haa4), destacando-se que uma das mulheres disse que tivera a doença em duas ocasiões: *“a segunda vez eu descobri sozinha, porque eu já tinha um pouco de experiência”* (Fi5).

Entre aqueles que já tinham ouvido algo sobre a doença, uma era profissional da área de saúde, mas só conhecia a forma pulmonar: *“... nem no curso passaram pra gente, passaram a pulmonar”* (Fn6). Já outra referiu: *“... eu pensava que era só um tipo de tuberculose, ...que existia e que podia ser muito perigoso”* (Fl4). Ainda entre aqueles que já tinham ouvido a respeito, a caracterizavam como perigosa, fatal (Hz7; Fl4): *“Já tinha ouvido falar na doença e vi que era muito perigosa e que podia causar até a morte, se não houvesse tratamento”* (Hz7).

Mas, depois de a conhecerem, o sentimento de medo parece esmaecer, ao saber da possibilidade de cura. O desconhecimento sobre a doença aumenta o preconceito, sobretudo quando se desconhece as formas da doença que não são transmitidas (Fp9; Fl8; Haa6; Hs18). É importante destacar que muitas informações repassadas aos pacientes, por profissionais, meios de comunicação e até por outras pessoas que tiveram a doença podem confundi-los: *“... porque, na minha cabeça, colocaram uma coisa bem assim, que se até passar a mão na outra pega”* (Hs17).

Entretanto, mesmo na situação de admitir conhecer a TB e de estar realizando o tratamento, a doença é interpretada como uma complicação decorrente de outra enfermidade, como a pneumonia: *“... você não sabe o que tem por trás dessa pneumonia, você não sabe. Então, a gente que vive de contato aspirando tudo”* (Fi39).

Mulheres manifestaram que a TB é transmitida entre gerações, apesar de a interpretação parecer ambígua (Fh1; Fb4,15): *“Porque... eu acho que vem de uma família que teve..., mas na minha família ninguém teve... acho que veio já do meu pai, porque meu pai tinha asma. Acho que isso já era fundamento dele”* (Fb4).

Na percepção de alguns homens e mulheres, trata-se de doença viral, *“que fica no sangue”* (Fk17; Fg10; Hs26; Hn2), e contraí-la está associada a hábitos de vida, conforme

anteriormente já foi apontado: “... eu acho que nunca chegaria a esse ponto de ter tuberculose ... porque eu vivia uma vida que jamais teria esse negócio todo; eu acho que jamais eu poderia chegar a esse ponto de ter” (Ho3). O hábito de beber, fumar, dançar, participar de festas continuamente, consumir drogas, foram associados à doença (Fm6; Fe26; Hu4; Ho3).

Entre os homens, o local de trabalho foi citado como ambiente importante para a transmissão da TB (Hq4; Haa4): “... mas isso foi constatado no trabalho da gente, que tinha uma pessoa que foi que ela que transmitiu...” (Hq4). Mas, apenas uma mulher relatou acreditar ter sido contaminada nesse espaço: “... a gente da área de saúde [...] então eu não sei, eu acho que adquiri em hospital” (Fi39). Outra fonte de contágio mencionada foi o presídio (Hn2; Hbb18): “... eu digo que eu peguei esse vírus lá onde eu tava, na cadeia” (Hn2). Um dos homens, mesmo após o diagnóstico e estar realizando o tratamento, demonstrou não compreender como teria adquirido a doença: “...como foi que eu consegui contrair isso? A pessoa fica se perguntando como foi que eu contrai isso...Uma doença assim, que você pensa que é de um jeito, mas é totalmente de outro” (Hv4).

De forma geral percebeu-se que as mulheres demonstraram ter menos entendimento sobre a doença do que os homens. Verificou-se bastante dificuldade na identificação do agente causador da doença, na forma de transmissão, e sobre a possibilidade de cura. Destaca-se que, mesmo após concluído o tratamento, ainda persiste a dificuldade de compreender a TB.

Os homens apresentaram dificuldade em entender como adquiriram a doença, mesmo aqueles que haviam concluído o tratamento, reproduzindo a interpretação das mulheres. Para os dois grupos, o estigma diminui a partir do entendimento sobre o processo saúde-doença.

4.2.2.2.2 Sinais e sintomas e trajetória percorrida até o diagnóstico da TB

Homens e mulheres, de forma geral, referiram os mesmos sinais e sintomas. Entre os homens, alguns apresentaram apenas um sinal/sintoma e outros, uma associação deles: dor, febre, tosse, hemoptise, “raio de sangue”, gânglio, “glândula”, perda de peso, cansaço, “fraqueza”, vômito, “falta de ar”, “caroço”, perda de peso, “suadeira”, “desfalecendo”, inapetência e tontura (He1; Hf1; Hg1; Hh1; Hj1; Ht13; Fb1; FI1; Fj1; Fk3). Entre as mulheres, duas mencionaram ausência de sintomatologia: “Eu não senti nada...” (Fm1); “Mulher, tu acredita que eu não tinha tosse, não tinha nada” (Fo1).

A dor foi o sintoma inicial relatado pela maioria dos homens (Ha3; Hb1; Hc1; He1; Hk1; Hi1; Hm1; Ho1; Hp1; Hr1; Hv1) e por poucas mulheres (Fc1; Fe1; Fy1; Faa); localizada no pulmão: “Começou a dor no pulmão” (Hm1); no tórax: “Bem, eu descobri, porque eu senti

uma dor muito forte na parte... é... torácica) (Hk1); nas costas: *“Muita dor nas costas e ... faltava ar”* (Hee1); na cabeça (Ha3); além de sensação de “dor nos ossos :*“[...] dor nos ossos, muita dor nos ossos eu tinha, eu não podia ir nem no banheiro, porque não aguentava me levantar [...]”*(Hv1). Segundo os homens, a intensidade da dor provocava “falta de ar”, com piora com o passar dos dias (Hk1; Hi1; Ho1): *“Eu sentia muita dor nas costas e assim faltava ar, e aí foi aumentando, aumentando [...]”* (Hee1).

Um deles disse que a dor foi o primeiro sintoma nas duas ocasiões que apresentou a doença: *“E ela me deu alta. Só que a carne é fraca, com o tempo eu comecei a fumar. Aí começou a aparecer as dores também, as dores de novo”* (Hs3).

Uma das mulheres mencionou tomar medicamento para dor na tentativa de diminuir a intensidade e para não necessitar procura assistência médica: *“[...] porque foi uma dor e essa dor foi aumentando, aumentando, aumentando... Tomei um remédio pra ver se passava, um relaxante e nada. Tomei buscopan e nada”* (Fe1).

Para o grupo de mulheres, a tosse foi o primeiro sinal mais apontado (Fb1; Fe1; Fk3; Fr1; Fs1), ainda que se tenha verificado menção de sua ausência: *“Mulher, tu acredita que eu não tinha tosse, não tinha nada”* (Fo1). Já segundo muitos homens, a tosse foi lembrada de forma associada à dor (Hc1; Hd1; He1; Hj1; Ho3; Hu1; Hcc1; Hdd1;). Para esse último grupo, a tosse era persistente, com secreção e presença de sangue (Hc1; He1; Hj1; Ho3; Hcc1): *“[...] tossia com catarro e com sangue...”* (Hc1); *“[...] cheguei a encher balde de sangue, balde de sangue mesmo [...] meu pulmão esquerdo todo comprometido”* (Hf1), o que pode denotar atraso na busca por assistência. Um deles revelou que foi a intensidade da tosse que o levou a buscar ajuda na emergência: *“Tossia muito, escarrava sangue. Uma vez, eu vomitei sangue ali no banheiro. Fui para UPA várias vezes”* (Hn3).

Entre as mulheres, verificou-se caracterização da tosse como seca e constante: *“Eu comecei a tossir e muito, era uma tosse seca...”* (Fb1), sendo necessário destacar realto de convívio com esse sinal, ao longo de mais de nove anos. E, por não associar a sintomatologia à TB, não procurara ajuda:

“Fazia muito, fazia mais de nove anos que eu tossia. Era muito tempo mesmo, porque foi antes de eu engravidar.... Aí passei a gravidez todinha. Quando ele já tava com sete ou foi oito anos, aí eu fui pra o posto. Já não tava mais aguentando de tanto tossir. Aí a médica mandou fazer os exames. Aí deu positivo” (Fs1).

A tosse constituiu marco na busca de diagnóstico. Apresenta-se um excerto longo, emitido por uma mulher, mas representativo da situação pela qual passa grande parte das pessoas que busca assistência, em que a TB não é diagnosticada:

“Primeiro, eu comecei a tossir. Aí passou três semanas, aí eu fui no médico. Aí eles fizeram a consulta, fizeram o raio X e passaram só xarope, isso no setor público. Aí eu continuei tossindo e começou a sair sangue na tosse, só sangue puro mesmo, não era muco. Aí fui pro médico novamente, isso já era mais de 11 horas da noite, na hora que fui deitar. Aí, novamente, passou o raio X, xarope, voltei pra casa. Só que aí eu continuei tossindo e fui no médico particular, e aí diagnosticaram pneumonia, isso foi no começo de 2016. Aí eu fiz um tratamento pra pneumonia de cinco dias, me senti melhor, isso em fevereiro de 2016. Aí, quando foi setembro, outubro, eu voltei a tossir novamente. Fui no médico e aí ele diagnosticou novamente pneumonia, o médico particular. Só que eu fiz o tratamento de 10 dias dessa vez e continuei tossindo. Os medicamentos não funcionaram. Aí fui na especialista, aí fiz todos os exames e deu tuberculose” (Fr1).

Mesmo com destaque da tosse e da dor nos dois grupos, diversas pessoas não indicaram a presença dessa sintomatologia (Hd1; Hf1; Hg1; Hh1; Hi1; Ht13; Hy1; Hbb1) (Fd1; Ff1; Fh2; Fl18; Fm1; Fn1; Fo1; Fp1; Fq1; Ft1; Fu1; Fv1; Fw1; Fx1; Fz1).

A febre é apontada nos depoimentos dos homens (Ha3; Hb1; Hl1; Hq1; Hs1; Hz1; Hcc1), como uma coisa “feia” (Hb1), “direto” (Hl1). Geralmente acomete no período vespertino, causando prostração: “[...] na parte da tarde, não conseguia trabalhar com muita febre...” (Hcc1). A febre também foi motivo de procura do serviço de saúde: “Eu passei três meses com febre e andando pra posto e mandando fazer exame de vista, de urina” (Hs1).

Por sua vez, poucas mulheres relataram ter apresentado febre (Fw1; Fx1; Fy1; Fu1), e quando ocorria, associava-se ao suor noturno: “... febre, eu tinha muita febre e suor noturno” (Fw1).

O emagrecimento, em decorrência da inapetência, associados à fraqueza, ao cansaço e à indisposição, foi para os homens e pessoas próximas, familiares e colegas de trabalho, motivo de preocupação e fez despertar para o processo do adoecimento (Hf1; Hh1; Ht13; Hdd1):

“Comecei a emagrecer. Aí veio, começou aquela... a tossir, tossindo e sempre aquela secreção. Aí emagreci bastante pra o meu porte da minha altura. Eu cheguei a pesar 42kg, 42kg praticamente...É só vivo bem dizer. Aí o pessoal aqui em casa, a gente conversando, perceberam que eu tava doente; aí fui fazer o exame...” (Hj1).

“Olha, foi meio difícil assim que descobri, porque eu fui só perdendo peso..., sem ter coragem de trabalhar e fraco” (Hh1).

Já para as mulheres, a perda de peso foi um dos sinais que determinou a procura pelo serviço de saúde (Fl18; Fq1; Fx1: Fq1): *“... quando eu vi que perdi peso demais, fiquei muito abaixo do meu peso, procurei o posto do bairro” (Fq1).*

Quanto aos pacientes, de ambos os grupos, que tiveram TB extrapulmonar, o sinal mais presente foi o aumento de gânglios (Hd1; Hg1) (Fn1; Fp1; Fv1 Ft1). Alguns, quando os identificaram, procuraram assistência médica: *“Comecei a identificar um gânglio aumentado, fui no médico” (Hd1); “Começou a aparecer uns caroços no meu pescoço, que foi crescendo, e aí eu procurei o médico” (Fn1).* Entretanto, para uma mulher esse sinal não determinou a procura pelo serviço de saúde: *“Na verdade, assim, apareceu um glândulo... Aí ele começou a doer. Só que eu, trabalhando, eu nunca... eu não ligava..., não dei importância. Mas teve um dia que começou a doer muito, eu comecei a ter muita febre” (Fu1),* o que coloca em evidência que a necessidade de trabalhar supera a necessidade da busca por assistência.

Apesar de todos os relatos que evidenciam o sofrimento e diante da sintomatologia, a maior parcela não associou o que sentia à TB, com exceção daqueles que já tinham tido a enfermidade:

“A segunda vez, eu descobri sozinha; fui pro otorrino, que eu tenho plano de saúde, fui pro otorrino e pedi a ele... tava suspeitando..., de TB. Aí ele pediu o exame de escarro e deu positivo” (Fl1);

“Comecei a emagrecer. Aí veio... começou... a tossir, tossindo e sempre aquela secreção... Aí, o pessoal aqui em casa, a gente conversando, perceberam que eu tava doente. Aí fui fazer o exame. Voltou de novo, a doença voltou novamente. Aí meu irmão mais novo do que eu tenho aqui, junto com minha irmã e ele, aí me levaram, porque eu tava abatido novamente, fiquei abatido, entendeu? Já sem condições quase de andar” (Hj1).

Alguns homens, apesar da sintomatologia decidiram procurar assistência médica somente após incentivo, principalmente, da mãe, da irmã, de colegas do trabalho, destacando-se que esse cuidado, em quase todos os casos partiu de uma figura feminina (Hb1; Hh7; Hj1; Hl1; Hv1; Hdd3; Hdd1): *“Tomei um copo de água e comecei a sentir dor, e aquela dor foi me incomodando e dando febre direto, direto, direto. E eu sem saber o que tinha, foi quando minha mãe ficou preocupada e disse vamos ter que ir na UPA”* (Hl1). Destaca-se, no discurso dos homens, a importância da figura materna na decisão de buscar assistência (He1; Hl1; Hv1; Hdd3).

Quanto às mulheres, duas receberam conselho de outra mulher para ir ao médico, ressaltando a presença feminina na busca do diagnóstico da TB (Fv1; Fb1; Fw1): *“[...] Aí, eu conversando com minha tia, aí ela disse: ‘Não é melhor você procurar o médico?’ Aí eu fui, procurei o médico”* (Fv2).

De modo geral, a trajetória até o diagnóstico foi um processo demorado e angustiante: *“Rodei um bocado pra descobrir”* (Hh1). O primeiro serviço de saúde a ser procurado pelos homens foi hospital com serviço de urgência e emergência (Hb1; Hf1; Hh3; Hj1; Hl1; Hr2; Ht13; Hy1; Hdd1; Hff1). Mas, as mulheres, apenas duas, em decorrência do agravamento dos sinais e sintomas, procuraram esse serviço, mas já tinham buscado assistência ambulatorial anteriormente (FI1; Fu1): *“Eu sentia muita dor nas costas e, assim, faltava ar. E aí foi aumentando, aumentando e eu indo pra UPA”* (Hff1); *“[...] deu uma dor aqui no pulmão; comecei a gritar. Aí ela disse: ‘Peraí que vou levar você pra UPA’. Aí me levou para esse trauma”* (Hb1).

Alguns foram internados por dias, transferidos de um hospital para outro, sem obter o diagnóstico correto (Hb1; Hl1; Hr2; Ht13; Hv1; Hff1):

“Foi quando minha mãe ficou preocupada e disse: ‘Vamos ter que ir na UPA’. Aí, quando a gente lá, que a moça bate o raio X, disse que meu caso era de internação, que tinha que ser transferido... Me transferiu pra lá e eu fiquei na faixa de uns 13 dias lá, tomando remédio, batendo raio X. Aí, lá não descobriram meu problema, disseram que iam me transferir pro trauma. Aí me transferiram pra lá, aí o médico drenou minhas costas com uma injeção grande, aí disse que eu não deixasse de procurar uma médica..., que é médica torácica” (Hl1).

Já a maioria das mulheres procurou por profissionais médicos de diferentes especialidades, conforme o sinal/sintoma principal: pneumologista, ortopedista, reumatologista, “*médico de cabeça e pescoço*”, cirurgião bucomaxilar, otorrinolaringologista (Fc1; Fe1; Ff1; Fl18; Fp1; Fv2):

As pacientes submeteram-se a raio-X de tórax, tomografia, mamografia, ultrassonografia (Fc1; Fe1; Fp1; Fq1; Fr1). De posse dos resultados, eram encaminhadas a outras especialidades, iniciando uma peregrinação em busca do diagnóstico:

“Olha, eu fui na ortopedista, porque estava sentindo uma dor de lado [apontava para o tórax]. Aí ela pediu um raio X. Quando chegou, tinha uma opacidade. Aí ela achou melhor eu ir para o pneumologista. Aí eu fui para a doutora. Cheguei lá, ela pediu uma tomografia. Aí apareceu uns nódulos. Como apareceu um nódulo, ela achou melhor eu ir para um cirurgião-tórax. Aí fui para o doutor, é tanto nome! Fui para o médico” (Fc1).

Ainda que várias pessoas tenham procurado primeiramente unidade hospitalar para a obtenção do diagnóstico, outras disseram que o primeiro serviço procurado foi o “*posto de saúde*” (Hc1; Hu1; Hv1; Hz1; Fp1; Fz1; Fh2; Fq1). Quando da procura por unidade básica de saúde, a maioria teve a doença descoberta rapidamente, a partir da realização da baciloscopia de escarro; tendo o tratamento sido iniciado logo a seguir (Hy1; Hbb1; Fy1; Hz1; Hs1; Hc1; Fh2; Fq1):

“Eu sentia febre e um pouco de dor de cabeça e... tossia bastante. E nos momentos assim que eu tossia, eu colocava um pouco de catarro com sangue pra fora. Foi aonde eu percebi que tava com algum problema. Aí eu procurei os enfermeiros da unidade em que eu estava, aí eles fizeram o exame e deu esse resultado, que eu tinha TB” (Hz1).

Entretanto, um dos homens referiu ter procurado a unidade da Estratégia Saúde da Família em várias ocasiões:

“Eu passei três meses com febre e andando pra posto, e mandando fazer exame de vista, de urina, de num sei o quê. E eu dizendo: a dor é no pulmão, a dor é no pulmão, era no pulmão. Aí foi que, um dia, eu fui fazer o exame de escarro que tem e foi constatado que eu tava com a doença” (Hs1).

Outros foram encaminhados para diferentes serviços de saúde, como unidade básica, UPA, até a unidade hospitalar, onde foi concluído o diagnóstico de TB (Hv1; Hu1; Fp2):

“Eu estava tossindo muito, sentindo muita dor nas costas e no peito, e no escarro saiu sangue. Dor nos ossos, muita dor nos ossos eu tinha; eu não podia ir nem no banheiro, porque não aguentava me levantar. Aí minha mãe me levou pro posto e o rapaz pediu exame de escarro, exame de sangue, fezes e urina. Aí, depois ele mandou eu ir pra UPA; aí descobri lá. Aí me internaram lá no HU, aí eu passei 17 dias, fiz todos os tratamentos, todos os exames; deram todos negativos, só acusou TB, somente” (Hv1).

Durante a busca por diagnóstico, segundo os entrevistados, outras enfermidades foram investigadas, antes de se pensar na TB: *“Bom eu descobri através de uma médica lá da FACISA; mas, antes dela, eu fui para três médicos, e cada um disse que eu tinha um problema diferente, não que eu estava com tuberculose” (Fd1).* As enfermidades citadas foram: câncer, principalmente nos pacientes com TB ganglionar (Hd1; Hh7; Fc1; Fm1; Fp1; Fu1; Fx1): *“Ele suspeitou que fosse câncer. Fiz uma cirurgia, porque não dava para fazer a punção; aí fiz a biópsia e confirmou que era tuberculose ganglionar.” (Hd1);* gastrite *“nervosa”*: *“Primeiro... eu fui na UPA e o rapaz botou como se eu estivesse com a gastrite nervosa, por isso eu estava colocando sangue para fora” (Hf1);* pneumonia (Hf1; Fe1; Fr1; Fz1):

“[...] continuei tossindo e fui no médico particular, e aí diagnosticaram pneumonia, isso foi no começo de 2016. Aí eu fiz um tratamento pra pneumonia de cinco dias; me senti melhor, isso em fevereiro de 2016. Aí, quando foi setembro, outubro, eu voltei a tossir novamente. Fui no médico e aí ele diagnosticou novamente pneumonia, o médico particular; só que eu fiz o tratamento de 10 dias dessa vez e continuei tossindo, os medicamentos não funcionaram. Aí fui na especialista, aí fiz todos os exames e deu tuberculose” (Fr1);

Além das citadas anteriormente, destaca-se: *“Eu fui até o médico, ele disse que se tratava de estresse, o primeiro médico. Fui num médico cirurgião (cabeça e pescoço), aí ele disse que era justamente isso. Aí eu voltei pros trabalhos, ele disse: ‘Tente ficar observando’. E nem ele sabia bem o que era no começo” (Ft1);* ou ainda: *“Passei por vários médicos. Alguns diziam que era câncer, outros só ficavam especulando,*

tireóide e tal, até eu fazer o exame de escarro e descobrir o que era” (Fx1).

Alguns pacientes com tuberculose extrapulmonar chegaram a ser submetidos a procedimento cirúrgico, devido à suspeita de neoplasia (Hd1; Hg1; Fc1; Fn2; Fp1; Fu1):

“Eu fiz essa ultrassom no ISEA. Aí, lá deu que era um problema na minha glândula salivar, mandibular. Aí eu fui pra o HU, pra fazer uma pequena cirurgia, pra tirar o até então, por incrível que pareça, nos termos da saúde. Eu ainda passei dois anos pra poder procurar atendimento. Só que, nesse meio tempo... foi quando ele cresceu. Aí eu fui realmente atrás de saber o que era, porque eu achava estranho aquilo. Aí fiz a ultrassom e deu esse problema como se fosse uma glândula salivar. Aí eu procurei o HU pra fazer uma pequena cirurgia e, quando eu me consultei com Dr. ... , ele disse que não era uma cirurgia de pequeno porte, que eu ia ter que ser anestesiada e tal. Aí me explicou um monte de coisa. Só que aí a cirurgia lá demorou muito. Aí eu procurei junto com a minha irmã, que ela trabalha na UEPB no setor de odontologia, e ela falou com o Dr.... E o Dr.... pediu pra me ver. Ele examinou e disse: ‘Não, isso aqui não tem nada a ver com’, que ele é bucomaxilar, né? Aí ele disse: ‘Quem tá lhe assistindo?’ Aí eu falei: Doutor... ele trabalha aqui. ‘Vou passar você pra lá, na FAP.’ Só que, quando eles me examinaram, eles já tavam desconfiando que era um tumor. Aí eu voltei pra o Doutor... cirurgiei, fiz todos os exames, fiz uma ultrassom mais detalhada e tal, e ele não pediu nenhum exame pra saber o que poderia realmente ter ocasionado aquilo... Quem me fez ficar desconfiada disso foi uma prima que eu tenho em São Paulo, que ela é endócrino e trabalha no hospital de câncer e ela sempre dizia: ‘Esse médico nunca pediu exame de infecção?’ (e tal, não sei o quê). Eu digo: não, tá bom. Fiz a cirurgia, perguntou se eu queria fazer a biópsia antes. Eu disse que não, porque eu tinha medo, porque eu tava com suspeita de neoplasia, ... Aí eu digo: não, deixe, eu prefiro depois da cirurgia pra pelo menos eu ainda ter um mês. Quando eu fiz a cirurgia, que chegou o patológico, aí acusou” (Fp1).

A confirmação do diagnóstico, para homens e mulheres foi um desafio, longo e desgastante, com realização de diversos exames, o que aprofunda o sofrimento e o sentimento de desesperança. Para muitos entrevistados, a biópsia é que revelou a enfermidade, após vários outros exames ou até mesmo cirurgia, conforme anteriormente ilustrado (Hd1; Hs1; Fc1; Fd1; Fm1; Fp1; Ft1; Fu2; Fv1):

“Eu não senti nada. Fiz uma tomografia, quer dizer, primeiro eu fiz um raio X do tórax que a reumatologista pediu, que é pra ver nódulo pulmonar; aí fui fazer, aí fui fazer a tomografia... pra ver os nódulos. Aí, na tomografia, mostrou vários nódulos nos dois pulmões. Aí eu fui fazer uma biópsia por suspeita de câncer... porque podia ser metástase dele. Aí fiz a biópsia, mas não deu nada de câncer, deu a tuberculose pulmonar” (Fm1).

Uma das mulheres que foi submetida a cirurgia, por não se pensar em TB, somente obteve o diagnóstico da TB por meio do médico do trabalho:

“Fiz a cirurgia; perguntou se eu queria fazer a biópsia antes. Eu disse que não, porque eu tinha medo, porque eu tava com suspeita de neoplasia... Aí eu digo: não, deixe, eu prefiro depois da cirurgia pra pelo menos eu ainda ter um mês. Quando eu fiz a cirurgia, que chegou o patológico, aí acusou tuberculose ganglionar... Só que aí eu fiquei sabendo pelo médico do trabalho, que nem ele me falou, entendeu? Ele só fez me dar alta. A essa altura fazia... eu tinha entrado na, na empresa fazia um mês e saí pra cirurgiar. Terminei que eu passei três meses afastada. Por conta disso, quando eu fui pra o médico, aí ele disse: ‘Você não vai poder voltar a trabalhar não, que você tá com tuberculose’” (Fp1,Fp2).

Para alguns homens, o serviço público não garantiu a assistência necessária no sentido de realizar o diagnóstico correto, razão pela qual buscou-se o serviço privado, tido como mais rápido e confiável (H01; Hf1; Hw1):

“Eu senti uma dor no peito, e a gente foi no médico... Aí, pelos sintomas, a médica foi muito prestativa, muito mesmo. É, eu tinha ido em médico do SUS, nunca descobri; aí, quando fui em médico particular, um mês assim, mais ou menos. A gente foi no médico da Santa Clara. Aí ela foi

muito prestativa; pelos sintomas, ela já sabia. Pediu os exames, raio X, e foi aí onde ela diagnosticou... tuberculose” (Hw1, Hw2).

No grupo dos homens, em um caso, a suspeita da tuberculose partiu de uma pessoa não pertencente à área de saúde; apenas trabalhava em uma unidade básica de saúde e convivia com pessoas portadoras de tuberculose:

“No meu caso, eu vim descobrir já um pouco avançado... deu uma cavidade no meu pulmão – o meu lado esquerdo ficou todo comprometido. E quando fui lá, eu vim descobrir depois: a sogra dele [o patrão dele, ele apontava] era gerente do posto, diretora do posto de saúde [...] ela vendo, já desconfiou pela vivência no meio, com outros lá no posto, desconfiou que fosse outra coisa. Depois, outro rapaz falou que era uma pneumonia, mas não era pneumonia, era tuberculose” (Hf1).

Assim, em síntese, verifica-se que o percurso desde o primeiro sinal/sintoma até o diagnóstico, de forma geral, revela um caminho lento para homens e mulheres, constituindo-se uma verdadeira peregrinação, que gera angústia, em decorrência da incerteza e da falta de orientação a respeito de qual serviço de saúde se necessita ou qual deve ser o profissional adequado para realizar o diagnóstico correto. Destaca-se que alguns levaram anos, principalmente aqueles que apresentaram a forma extrapulmonar, até a obtenção do diagnóstico correto. Em relação aos sintomas, os homens referiram com mais ênfase sentir dor e febre e as mulheres referiram tosse e perda de peso como sinal inicial. A procura pelo diagnóstico, em relação aos homens, partiu principalmente do incentivo e/ou apoio de uma mulher, e o primeiro serviço procurado por eles foi, prioritariamente, o de urgência e emergência. Por outro lado, as mulheres em geral tomaram a iniciativa, iniciando sua caminhada por consultas eletivas com especialistas escolhidas a partir dos sinais/sintomas. Quanto à atuação dos profissionais de saúde, na maioria das vezes, não suspeitaram de TB, investigando outras enfermidades.

4.2.2.2.3 Sentimentos em relação à tuberculose

A tuberculose, entre homens e mulheres, de uma forma geral, é expressa em sentimentos negativos, como medo, tristeza, desespero, “pavor”, “surpresa” e incerteza, bastante decorrentes de estigma, discriminação: *“Isso para mim foi uma dor muito grande, muito grande, muito grande mesmo. Quando ela disse que eu estava tuberculose, foi uma dor muito grande”*

(Fb6). Mas a maior parcela usou a expressão “*medo*”, sentimento associado à profunda comoção ao relatar o processo de adoecimento (HL3; Hs3; Fx12; Fv4; Fr2; FH6; Fb6).

Segundo homens e mulheres, o medo decorre da possibilidade de exclusão e/ou da possibilidade de prejudicar os familiares (Hz16; Ff2; Fu5):

“No começo, eu tive medo... não vou negar; mas como tem uns relatos na televisão, que a gente pode se sentir melhor, que não somos excluídos [...]. Antes de eu saber o relato todinho, eu tive medo... de prejudicar minha família...minha mãe, meus pais”(Hs 3,5);

“Porque é uma doença transmissível, né? Que ela transmite através do ar. Não é isso? Aí... muitos ficaram com medo, sim, de se aproximar de mim por causa disso” (Hz16).

Uma das mulheres relatou que o medo desaparecera, após buscar informações na *web* e ter compreendido que a doença era passível de cura:

“Eu fiquei com medo... porque a gente vai logo pra internet pesquisar. Ai você vê, aí o povo vai falando que hoje já tem tratamento, já tem cura, aí a pessoa vai colocando na cabeça. Mas eu fiquei com muito medo, no começo” (Fr2).

O temor é um sentimento compartilhado com familiares: *“O meu pai ficou com medo, minha mãe ficou com medo”* (Fx12). O medo da morte decorre do fato de ter conhecido ou convivido com outras pessoas que foram a óbito por TB ou pela demora no início do tratamento: (Hf9; H022; Fb6; Fe5; Fv4): *“Se sente que vai morrer, porque já morreu um monte de gente... Tou à beira do cemitério, eu pensava, cansada...”* (Hc 2); *“No dia que descobri, não tinha remédio; aí pensei: vou morrer”* (Hf9). Para uma das mulheres, os sintomas da doença, assim como o tratamento, causavam tanto sofrimento que chegou a desejar a morte: *“Mulher... Eu te vejo assim... Tu é tão forte. Eu disse: mãe... eu acho que eu quero é morrer”* (Fe5).

O sofrimento é consequência também do estigma e/ou do preconceito: *“Então, o preconceito às vezes é um pouco pesado”* (Ht20). Alguns foram levados a separar seus objetos pessoais, como pratos, copos, talheres e toalhas, por acreditarem que estes poderiam transmitir a doença. Isso lhes causava sensação de tristeza e rejeição (He3; HH4; Hw11; Hee24; Fa7):

“Eu não sei. Eu achei, assim, no começo, que foi muito ruim, porque, quando foi descoberto, quando saiu esse tal do PPD aqui, aí minha

esposa ligou pra médica e disse: Deu positivo, né? Aí ela foi pesquisar na Internet e tem que separar a copo, essas coisas assim, né? aí eu fiquei meio triste, rejeitado...” (Hh4).

Entrevistados de ambos os grupos revelaram que o preconceito provinha de familiares e amigos, que repudiavam sua presença, afastando-se (He8; Hj1; Hn4; Hr6; Ht17,33; Haa8; Hff12; Fb9; Ff2; Fh6; Fu5; Fx2;Fz10):

“... falando pro outro lado, sem chegar perto” (Ht17); “Teve pessoas da família, sobrinho e sobrinhas, que ficaram com uma espécie de nojo, se eu me aproximasse assim, eles mandavam eu me afastar, botava a mão no rosto, para não sentir o hálito” (He8).

Em consequência, verifica-se o isolamento social do doente:

“Rapaz, é complicado, porque a gente tem que esconder um pouco, né? uma doença que pode infectar qualquer um no ar, no vento. Todo mundo fica um pouco desconfiado. Eu mesmo me isolei aqui, em casa; passei quatro meses sem botar a cabeça ali, fora. Tudo era com álcool, tudo era não me toque, é complicado. E por questão de ser homem, é que ficou pior ainda, né?” (Ht16).

O receio de sofrer preconceito ou isolamento social determina a mudança de unidade básica de saúde, de modo a não ser identificada:

“Pra minha família, pra nenhum amigo, pra vizinho, pra ninguém, já por preconceito, porque tem muita gente que tem preconceito, porque acha que tuberculose pega; aí quer evitar o contato com você. Aí eu preferi não ter; fiz tudo em sigilo. Tanto que tem um posto aqui perto da minha casa, que era pra eu fazer o tratamento lá. Eu não, eu preferi fazer no centro, porque eu não ia encontrar com ninguém próximo de mim, já pra não ter boato e todo mundo se afastar de mim... Exatamente pra não haver preconceito lá em baixo, porque o pessoal me conhece. Aí eu disse: eu vou pra um lugar que ninguém me conheça, que ninguém vá perguntar nada e ninguém vá falar de mim por conta disso” (Ff2,16).

A preocupação de ser confundida com “usuária de drogas” ou “profissional do sexo”, foi relatada por algumas das interlocutoras que sofreram discriminação, a partir da experiência de ter TB:

“Discriminação [...] mas você se sente discriminado... primeira coisa que jogam pra você fazer é o teste de HIV. Por quê? Eu não sei, não sei. O pessoal, hoje em dia, tem a mente muito fechado, porque eles pensam que você tem TB, você é usuário de drogas. Você tem HIV, por trás, imaginam que você é uma prostituta. Foi assim que eu me senti” (FI5); “Eu me senti, sei lá, esquisita, diferente, porque eu, sendo mulher ou se eu fosse qualquer outra pessoa, eu me senti estranha, porque o povo começa já olhar torto pra você, não quer compartilhar os mesmos copos, os mesmos talheres. Eu sei que, por um certo tempo, né? Digamos, eu tô com uma doença. Aí, nenhuma de vocês duas podem, tocam nos meus talheres ou nos meus pratos, porque ainda a bactéria está ativa[...] essa foi a dificuldade assim (FJ5)”.

Alguns homens e mulheres com TB extrapulmonar também mencionaram ter sofrido preconceito, mesmo não sendo transmissível (Hp7; Hff12; Ft5; Fu5): *“A minha não é transmissível... mas mesmo assim o povo ficava com receio” (Hp7)*. Além do receio do contágio, outro sentimento é vivenciado, em caso de fístula ganglionar:

“Eu me senti mal, porque assim... quem chega perto de mim, eu acho... que tem, assim, um pouco de receio de pegar, né? E ele explicou que não, eu não transmito para ninguém. Aí tem pessoas que não acreditam... Eu não sei se é ignorância....se é porque [...] e assim eu sinto que as pessoas têm um pouco de nojo se eu tirar o curativo, porque tá um pouco feio, né? Fica supurando. Aí pra mim, mas aí eu já tô superando isso” (Fu5).

A autoimagem, em decorrência da perda de peso, da eliminação de secreção, além de ser outro motivo de preconceito, gera vergonha aos doentes de ambos os grupos (Hu8; Ht28; Hee5; Fg6; Fq1; Fu5): *“Você bota muito pra fora, né? Aí você está perto de uma pessoa ali e tá botando pra fora; ela vai ficar ali já sentida com você, já com nojo, com um negócio assim, né?” (Hs9); “Bom, a primeira vez, a primeira eu me sentia muito mal, porque eu sentia muita dor no pulmão, mas essa segunda vez, agora, eu só perdi peso, perdendo peso, perdendo peso*

e tossindo” (FG3); “E eu usava sempre máscara, pra não tossir, não soltar catarro dentro de casa” (Fg6).

Por outro lado, ter conhecido outros doentes com TB e visualizado o quadro clínico e como eliminavam secreção foi reconfortante: “[...] porque a pessoa fica até mais tranquilo; você pensa que tem alguém do seu lado ainda. Quando chegar no ambulatório e ver gente cuspidando coisa igual, aquele troço ali vermelho, aí eu olhava: eu tou com isso mesmo, meu Deus... porque eles falavam bota sangue pra fora. Eu nunca tive isso” (HT26).

Para alguns entrevistados o uso de máscara era uma forma de proteger as outras pessoas (Hs5; Hz16; Fb9; Fe3; Fg6): “Eu me cuidei... Assim que soube, usei máscara; já não queria que ninguém ficasse perto de mim” (Hf3). Mas, nas falas das mulheres, a discriminação tinha início já no próprio serviço de saúde, devido ao uso de máscara pelos profissionais de saúde e por solicitarem o mesmo aos pacientes (Fi10, 12,26). A realização do teste de HIV também foi considerada como desconfortável, uma discriminação:

“Vou, vou no médico... Quando eu cheguei lá, aí já veio um trauma, porque, quando bota aquela máscara, parece que a gente tá, né?” (FE1); “Discriminação. O primeiro impacto que você sente é, na rede pública, porque, quando eu cheguei lá, na unidade, meu exame, a primeira coisa que... eu sei que eles tão certo, lógico, mas a primeira coisa que a enfermeira lá fez, já é uma senhora de idade, primeira coisa que ela fez foi jogar uma máscara na minha cara. Legal, porque eu sei que ela tava certa, tudo bem, não tava começado o tratamento, então podia transmitir. Mas você se sente discriminado. Mas primeira coisa que jogam pra você fazer é o teste de HIV. Porque eu não sei, não sei. O pessoal, hoje em dia, tem a mente muito fechado, porque eles pensam que você tem TB, você é usuário de drogas. Você tem HIV; por trás, imaginam que você é uma prostituta. Foi assim que eu me senti” (Fi5).

Alguns homens e mulheres se angustiavam por não compreender como haviam adquirido a doença e isso lhes causava tristeza e sofrimento, dada a crença de que a doença acometia apenas pessoas consideradas com determinadas características ou devido ao castigo divino (Hk 4,5; Hw3; Fc2; Fy3;Fi20):

“Eu fiquei meia indignada, porque a gente fica, ...Porque eu dizia: fui até mal com Deus, ...Porque eu disse uma vez a minha tia aqui, ela

disse: ‘Não, minha filha, vai tá tudo bem[...]’. Eu disse: “Mas, tia, olhe, eu num bebo, eu num fumo, eu já bebi, já fumei, já dancei, já farrei... nada disso eu faço mais. Eu não bebo, eu não fumo. A única coisa mesmo que eu faço mal à minha saúde é por dormir tarde...Gosto de assistir, ficar assistindo até tarde. Mas, depois disso, mudou o quadro... mas, assim, eu... e eu vejo aí tanta gente que vive fazendo essas desgraças de fumar, de beber, de usar drogas e não tem nada. E por que eu? A minha indignação só foi essa ... mas... A gente não sabe o porquê que Deus faz...” (Fe2);

“Mulher, na época, fiquei tão assim, sabe! Porque eu acho assim: eu não sou uma pessoa ruim para contrair essa doença; até hoje eu não sei como eu contraí. Mas, a princípio, no começo, eu ficava assim, com vergonha, me sentia assim diferente; mas, depois, com o tempo, passou” (Fc2).

Segundo revelou um dos homens, a doença lhe tirou a possibilidade de recomeçar. Após sair de situação de cárcere, descobriu ter TB ao ter que submeter-se a exames com a finalidade de contrato de trabalho:

“Aí, depois quando eu saí, eu paguei a minha cadeia todinha, e quando eu fui, coloquei um currículo na Coteminas, aí passei tudo. Quando ia começar a trabalhar, o médico da firma me chamou e disse que eu não podia trabalhar, porque encontrava uma mancha no meu pulmão... aí, daí, quando eu me encontrei desse jeito, quando o médico passou para mim, eu fiquei até triste... Porque eu ia trabalhar, e já ia melhorar minha vida...” (Hdd1,3).

Apesar de todos os sentimentos negativos, mulheres e homens que foram alvo de preconceito, relataram ter superado e realizado o tratamento. Para alguns, a superação foi atribuída ao poder divino; para outros, ter entendido que a doença é passível de cura (HH4; H022; Fk6; Fe5): *“No começo, me deu um nervosismo, mas depois entreguei a Jesus e alcancei a graça” (He9).*

Já outros não demonstraram ter sofrido em decorrência da doença: *“Não foi nada não” (HI3); só necessitavam cuidar-se e seguir as recomendações médicas (HQ4; Hx5; HI3).*

Assim, em síntese, mulheres e homens, indistintamente, manifestaram sentimentos negativos, como medo, tristeza, isolamento, dor, resultantes de estigma e/ou preconceito do qual foram alvo. A forma de as pessoas se comportarem diante da TB apresentou-se mais relacionada à falta de informação e conhecimento sobre o processo de transmissão e tratamento.

4.2.2.2.4 Informação sobre a doença a outras pessoas

De uma forma geral, homens e mulheres informaram a outros sobre a sua doença. Alguns revelaram apenas aos familiares mais próximos, como pais, esposo ou irmãos (Hf2; Hk6; Hm3; Ht19; Fc3; Fh5; Fi11; Fj4; Fn4; Fp9; Fq3; Fs3): *“informei só a família que estava doente”* (Hb2); *“Informe aqui aos meninos de casa, porque mora comigo, convive 24h comigo”* (He3); ou somente à esposa (Hq5; HU6).

Certos entrevistados, de ambos os grupos, informaram amplamente sobre a doença sem receio, especialmente, amigos e vizinhos (Hl6; Hp5; Hq5; Hs7; Hw4; Ft3; Fx4; Faa4): *“Pra quem chegava aqui na oficina eu contava, porque não tem que tá escondendo...”* (Hh5); *“Eu contei pra todo mundo...”* (Hk7); *“Todo mundo que me conhecia sabia[...] mas não vejo problemas de saberem”* (Hd4). Na percepção destes, *“Todo mundo sabe quem tem”* (Hc4), pois a condição de debilidade acarretada pela TB torna impossível escondê-la: *“Pelo modo de eu ficar, todo mundo já sabia”* (Hx5); *“Porque, assim, o pessoal são um pouco curioso... Vê, aí pergunta: O que foi isso? O que é isso?”* (Fu7).

Outros se viam obrigados a informar que tinham a doença àqueles com quem conviviam, pois, sendo enfermidade contagiosa, tratava-se de uma medida de proteção:

“Informe aqui aos meninos de casa, porque mora comigo, convive 24h comigo. Então eles tinham que saber. Separei meu copo, meu prato de comer, talher. Os vizinhos, eu disse” (He3); *“Contei à minha família toda, até a menina que tô hoje. Eu tava no começo e contei; disse que não dava para ficarmos juntos, porque eu tava em tuberculose... A reação inesperada, porque eu cheguei pra ela e disse que era melhor deixar a gente pra lá; que era melhor eu me cuidar e se futuramente tiver condições de voltar, voltava”* (Hf2).

Mas também verificou-se informação a outros, por não querer que imaginassem que a doença decorria do hábito de vida: *“Contei, contei... pra dizer que não peguei de bebida, nem de cigarro não...”* (Hl6)- ou porque precisava afastar-se do trabalho e receber um atestado:

“Contei, porque ... teve que ter o atestado, né? Aí todo mundo perguntou o que foi. E eu disse o que foi” (HW4). Apenas um dos homens não informou a outros (Ha4,5).

Por outro lado, as mulheres demonstraram receio em falar que tinham TB para outras pessoas, por medo de sofrer estigma/preconceito (Ff3; Fc3; Fe3; Fn4; Fo4): *“Não, para ninguém... Porque, assim, tu sabe que tem discriminação. Aí fiquei... com medo de contar até para minha família e ser discriminada”* (Fc3); *“E pouquíssima gente daqui sabe que eu tive, né? Porque assim... tem o preconceito...”* (Fe3).

A primeira pessoa a ser informada no grupo dos homens foi mãe, esposa, filha e profissionais que acompanhavam o tratamento (HAA10; HZ7; Hs7; HFF7; HI7; Ho7). Já as mulheres informaram, em primeiro lugar, ao filho ou ao esposo (Fe3; Fi11; Fr3): *“A meu filho, né? Que tava comigo. Meu esposo, até hoje, não sabe, eu só falei a ele que tava doente da perna, porque ele tem diabete, pressão alta”* (FI4). *“Primeiro foi o meu marido [...] Ele foi meu companheiro. Sabe como é”* (Fe3).

A escolha dessas pessoas se deu por serem as mais próximas ou por poderem dar-lhes apoio (HAA10): *“Primeira pessoa a minha mulher, porque é o que eu convivo com ela, né? Convivo... Diariamente”* (Hs7).

Em suma, o fato de informar a outras pessoas sobre o adoecimento parece apoiar homens e mulheres a enfrentar o processo de tratamento. De fato, verificou-se compartilhamento com familiares de convivência mais próxima; parece que os homens se sentiram mais confortáveis em relatar que se encontravam enfermos do que as mulheres, as quais manifestaram a possibilidade de sofrer preconceito ao informar outras pessoas sobre a sua situação de doença.

4.2.2.2.5 Mudança de vida em decorrência da TB

Alguns homens e mulheres relataram a ausência de mudanças na vida em decorrência da TB, mas percebe-se que isto ocorreu, considerando-se o momento de descoberta da doença até a finalização do tratamento (HA6; HB4 HI10, Hy9, Hbb5, Hbb10, Hcc11, Hff12, Fa7, Fc7, Fc8, Fd7. Ff5, HJ23, HM4, HO12, Fg11, Fh11, Fk9, FI8, Fn5, Fp11 Fa12, Fw6, Fx6, HQ7, HR16, HS10, Hw7, HW11, Hx11, Hy6, HA6, HN8; HA6; HN8): *“Nada, o povo me trata do mesmo jeito como se eu nunca tivesse nem tido isso, sabe (...). Teve, não podia trabalhar. Depois o INSS me cortou também. Aí eu fico agora sem ter nada”* (HI14); *“tomar remédio, comprimido todo dia. Mudou nada não... verdade, não bebo mais nem fumo”* (HB4).

Dentre as mudanças ocorridas no cotidiano, verifica-se a intensa rotina medicamentosa (Ft11, Fx9, HD6, HB4): “... mudança era de horário que tive tomar os remédios” (HD6), “tomar remédio, comprimido todo dia” (HB4).

Reforçando a ideia discorrida no tópico que trata da Percepção sobre o processo saúde-doença, acerca do preconceito, para além da medicação, muitos citaram como mudança, as sequelas decorrentes do estigma vivenciado a partir do diagnóstico, como isolamento social (HT16, Hv11, Fb8, Fx11, HC5, HE10): “...eu estava praticamente me sentindo isolado, eu não saía ali do meu quarto” (HJ8); “...na unidade em que eu me encontrava, eram muitos homens que moravam juntos e muitos deles se afastaram um pouco de mim sim, com medo de pegar a doença” (Hz16); “O povo não bebe mais no meu copo” (HC5); “Olhe eu vou te dizer eu já sou lascado, por vida e depois dessa doença piorou, agora é só doença, agora tá pior. O povo não bebe mais no meu copo, me isola” (HC5).

As mudanças mais significativas para os homens referem-se ao trabalho, em decorrência da impossibilidade de desempenho de suas funções laborais e consequente necessidade de afastamento (HF6, HH11, HI14, Hk8, HK9, HK14, HL14, HP8, HP15, HP16, Hx10, Haa14, Hcc16): “Não pude trabalhar mais, porque o corpo não aguentava, cansaço direto...” (HL14); “Aí ficou difícil demais porque eu não tinha condições de trabalhar... de fazer esse trabalho, uma série de coisas...” (HK14); pela necessidade de repouso: “...durante o tratamento é indicado que a pessoa tenha repouso, pelo menos durante um mês mais ou menos” (HL14).

Para as mulheres, a principal mudança ocorreu no convívio com as pessoas, pois em alguns casos o preconceito foi vivenciado, assim como o isolamento, materializado pela separação de objetos de uso pessoal e doméstico. Entretanto, em outros casos passou-se a receber mais cuidados. Ademais, é necessário apontar a manifestação de mudança no próprio comportamento (Fa7; Fb8; Fd7; Fj7; Fn8; Fo9; Fq10; Ft11; Fu12; Fx6,9):

“Teve umas pessoas que se afastaram de mim, amigas que não vinham até aqui, só fala comigo de lá, lá fora. Assim, colocava a mão na boca, eu senti uma rejeição pra mim[chorou], ela tinha medo de pegar” (Fb8);

“... diferença é que todo mundo queria me ajudar, se preocupava e tudo mais, mas não teve receio” (Fd7);

“... mudou os cuidados, como eu te falei, em relação aos talheres, eu ficava mais afastada assim das pessoas, num quarto, ou num lugar da

sala mais reservado, pra ninguém assim chegar muito perto pra não contrair também... ninguém teve, não da minha família” (Fj7);

“Mudou, porque eu vivia muito estressada” (Fo9);

“... no meu comportamento eu tô muito nervosa... eu fico muito nervosa. Eu fico muito nervosa... eu quero fazer as coisas em casa, por exemplo, passar um pano, varrer uma casa, eu não consigo mais, não sou mais a mesma pessoa que eu era há dois anos atrás. Mudou muito” (Fu12).

Para homens e mulheres também foi alterada a rotina das atividades da vida diária (HN8, HP10, HR14, HR15, HT16, Hw4, Hw6, Hw16, Hx12, Hcc16, Hee14, Hee16, Fe9, Ff9, Fj9, Fn8, Fq10, Ft11, Fu12), apontando-se que a limitação física impedia o desenvolvimento de certas atividades, como estudos: *“Às vezes, eu não ia nem pra universidade porque eu ficava mal”*(Fn8), prática de atividades físicas: *“...jogar bola, que não pude mais, passei um bom tempo sem jogar”* (Hcc15), lazer: *“...minha vida era um pouco corrida segunda a sexta trabalho, sexta a domingo vou viajar em vaquejada essas coisas, tinha minha curtição, aí não, minha vida virou tipo vegetar, tomar água, a medicação, não comer nada com leite, comer aquela comida simples, e assistir tv e ficar dentro de casa”* (HT16), ou ainda atividades domésticas: *“Eu quero fazer as coisas em casa, por exemplo, passar um pano, varrer uma casa eu não consigo mais, não sou mais a mesma pessoa que eu era há dois anos atrás. Mudou muito”* (Fu12).

Dentre as demais mudanças citadas, verificou-se o receio de novo contágio: *“...mesmo antes de eu ter, a minha rotina foi sempre trabalhando..., mudou alguma coisa porque... se eu ver pelo menos alguém com uma tossezinha perto de mim, eu fiquei com aquele trauma”* (HL10), o medo de contaminar outras pessoas: *“Com minha namorada mesmo, eu fiquei com medo de ir pra lá e passar essa doença pra ela. Aí eu deixei de ir pra lá, e com meus amigos eu fiquei mais afastado, mais dentro de casa”*(HN10), além do sentimento gerado pela impossibilidade da realização das atividades outrora efetivadas: *“...eu ficava assim meio agitado, nervoso, sabe, aí acostumado a trabalhar, aí ficava parado só tomando remédio”* (HR15); *“...no meu comportamento eu tô muito nervosa... eu fico muito nervosa. Eu fico muito nervosa...”*(Fu12).

Por outro lado, também se percebeu, no grupo dos homens, que apesar de as mudanças estarem relacionadas a aspectos negativos, alguns entrevistados se referiram a mudanças

positivas em suas vidas após a TB (HB4, HJ9, HJ18, Hj22, HS20, Hu6, Hu11, Hu12, Hy7, Hy8, Hz11, Hee18), a exemplo da cessação de certos hábitos como beber, fumar, usar drogas ilícitas (Hy7, Hy8), *“Antes de eu começar a me tratar, eu tinha o costume de fumar muita maconha. Porque era viciado. Aí eu parei também de fumar maconha por causa disso, por causa da tuberculose”*(Hz11); *“Mudou muito, o que eu fazia antes era beber e andar aqui pra casa fazendo coisas errada, mas não fiz mais e pronto”* (Hu11).

Mas ainda que contraditório, também se apontou maior disponibilidade e disposição para certas atividades: *“Hoje em dia eu faço, o serviço mais pesado que tem lá na obra quem faz sou eu. O mais pesado que tem lá, quem faz sou eu, eu carrego o saco de granito, sacos e sacos de cimento, quem encosta sou eu sozinho”* (Hj22).

É importante ressaltar que alguns passaram a valorizar a vida: *“Eu aprendi a dar mais valor às coisas, principalmente à saúde”* (Hw4).

Diante do exposto, percebe-se que ocorreram mudanças na vida dos homens e mulheres após o diagnóstico da doença. Para os homens, parecem estar mais relacionadas ao trabalho; já as mulheres expressaram mudanças no comportamento em relação aos mais próximos e vice-versa. Apesar de todos os aspectos negativos resultantes da TB na vida dos entrevistados, observou-se que, no grupo dos homens, a doença contribuiu de forma importante para motivar mudanças de certos hábitos, e ainda levou a refletir sobre a valorização da vida e à necessidade de ter saúde.

4.2.2.3 Categoria III - Elementos que condicionam o tratamento

Em se tratando dos elementos que condicionam o tratamento, a partir dos depoimentos dos entrevistados verificou-se a assunção das seguintes subcategorias: Facilidade para realizar o tratamento; Dificuldade para realizar o tratamento.

4.2.2.3.1 Facilidade para realizar o tratamento

Os dois grupos entrevistados apontaram que o tratamento se realiza com facilidade (Ff13), principalmente devido ao apoio recebido por parte da equipe de profissionais de saúde qualificados e aos laços afetivos – por parte de familiares e/ou de amigos – (Ha7; Hb5; Hf4; Hg3; Hh10; Hy14; Fa7; Fa16; Fd7; Fg15; Ff13): *“Foi conseguir com ajuda dos amigos”* (Hb5); *“Gostava da equipe, era tudo bom”* (Ha7); *“Todo mundo me apoiou”* (Hi17); *“ela era uma médica excelente...”* (Hj24); *“O tratamento foi bem, fiz lá na Prata, lá no SAE, pego remédio lá no SAE. Eu gostava da equipe, era tudo de bom”* (Ha7). O vínculo construído com o

profissional de saúde é fortalecido pela escuta, quando se sente que é compreendido em relação aos obstáculos enfrentados durante o tratamento. A visita domiciliária também contribui para o estabelecimento de vínculo (Hl17; Hp21; Ht39; Hw12; Hy25; Haa20; Hee28; Hff13; Fa7; Fc9; Fe13; Fg15; Fy12; Faa8):

“Ah, a medicação foi fácil demais... pelo menos a orientação que eu tive do posto... Foi muito boa... Às vezes ele vinha aqui na minha casa, ... E às vezes eu tinha que ir lá” (Hp21);

“A doutora aqui no posto me ajuda muito, ela vem aqui em casa, aqui” (Hs16);

“Sim, foi tudo bem. Doutor... era um amor de pessoa. Ele sabia que eu tava doente, que eu não tava podendo andar pra trabalhar, fazer minhas vendas, ele trouxe uma cesta básica pra mim. Ele é uma pessoa muito boa. E trouxe uma pra minha mãe. Foi mais na época de natal...” (Hv18).

Entretanto, não se verifica a constância desse tipo de interação. Veja-se que, no grupo dos homens e, mais especificamente com referência ao paciente que realizou dois tratamentos, evidencia-se a importância do vínculo, do apoio e da assistência da equipe, o que ocorreu em seu primeiro tratamento, ao contrário do subsequente:

“Não, facilidade lá, eu só tive no primeiro tratamento, porque no primeiro tratamento foi com Doutora... ela era uma médica excelente entendeu, mas como eu morava aqui e era longe, na época ela tava despachando o medicamento aqui e no terceiro núcleo, aí eu tinha meus vales transporte lá, chegava lá, pegava os vale transporte e eu ia daqui de ônibus, aí lá ela me dava o de vinda e o de voltar, só que ela facilitou pra mim, ela me dava 15 e me dava 15, 30 vales transporte, entendeu. Que eu só ia uma vez por mês lá, aí depois ela ficou me dando, ela facilitou pra mim, ela me dava só quatro vale transporte. Que era dois pra eu vim, e dois pra eu ir, eu pegava o comprimido pra passar trinta dias em casa” (Hj24).

Grande parte dos homens e mulheres relatou que as orientações realizadas pelos profissionais diminuem o medo e encorajam a realização do tratamento, pois passaram a compreender o diagnóstico e a possibilidade de cura, além disso, a gratuidade também foi

considerada um facilitador (Hd11; Hk17; Hr17; Hu13; Hv13; Haa20; Fc9; Fd8; Fg15; Fj8; Fo16):

“Pra gente assim hoje em dia. Antigamente não, né? Que não tinha cura, não tinha remédio, mas hoje em dia é uma doença fácil de tratar é só cuidar” (Fk6); “Não... é só a gente saber o que tem... fazer direitinho” (Fl12);

“Foi bem fácil na verdade, quando eu descobri que estava com tuberculose pleural, a médica já me indicou, não sei se é a secretaria de saúde que disponibiliza medicação de graça, e a partir do momento que descobri, já comecei a fazer, então foi fácil fazer o tratamento” (Fd8);

“Foi, foi fácil. Eu chegava lá, Doutor... dizia: a senhora já tomou o grandão, agora a senhora vai passar pro pequenininho, aí pronto, o pequenininho só tomei dois meses” (Fo16).

Para uma das entrevistadas do grupo feminino, o sentimento de afeição pelo serviço de saúde onde realizou o tratamento e o acompanhamento, através do tratamento diretamente observado, contribuíram em seu seguimento: *“quando eu cheguei lá, me senti em casa. Porque todos os dias, acabou sendo parte da minha vida” (Ft12).*

Além da equipe de profissionais da saúde, o acesso geográfico para as unidades de saúde foi apontado como um facilitador para alguns homens, uma vez que facilitava o vínculo com a equipe e, principalmente, a retirada dos medicamentos (Hc6; Hcc19; Hv13).

“As facilidades que eu tive era que o posto era próximo da minha casa, o acompanhamento da enfermeira também, ela tava sempre medindo minha pressão, essas coisas, me pesando, altura, que é necessário tudo isso, né?” (Hl17);

“A facilidade foi porque tem um posto aqui perto, aí transferiram de lá para cá, pra eu ficar pegando medicamento aqui, aí ficou mais fácil pra mim” (Hn12).

A gratuidade do tratamento e a oferta de medicação “que nunca faltava” (Fn12), para alguns, foram apontados como a principal facilidade (Hd7; Hm7; Hp21; Hr17; Fe13):

“As facilidades, pegar a medicação no posto... pessoal lá tudo educado, tudo disponível em resolver, fiz todos os exames também gratuitamente, tudo de graça” (Fj8);

“... muito fácil o acesso... porque além de muitas pessoas, além de ter esse benefício, tentavam vender a medicação, uma coisa muito errada, isso é um tipo de fraude, eu achei muito bom, pelo governo é, disponibilizar essa medicação porque eu já consultei e ela é muito cara pra comprar e eu nesse tempo não tinha essa condição, eu trabalhava, mas o salário não dava” (Fj2).

Entretanto, é necessário destacar que se verificou desconhecimento em relação à gratuidade do tratamento:

“As facilidades foi que lá no posto, no ambulatório, a medicação não falta, eu achei isso bem... outra coisa que me surpreendeu é que você chega lá, é de gente que tem dinheiro a pobre que faz o tratamento, que não tem restrição pra nada, ou faz ou faz. Eu acho que acredito que seja o único local que tem que se fazer. Não sei se essa medicação é comprada” (Fp14).

O acompanhamento do tratamento junto ao TDO ocorre de forma diversificada: em alguns casos, os pacientes compareciam em dias alternados e levavam a medicação para o final de semana, a partir da sexta-feira; em outros, retiravam a medicação para toda a semana, quinze dias ou para todo o mês (Fn7; Hi18; Hi16,17; Ho13). Algumas pessoas preferiram tomar a medicação em dias alternados na unidade de saúde, por considerar a medicação “muito forte” e por terem receio de acabar abandonando o tratamento, demonstrando maior segurança para realizá-lo sob supervisão:

“Comecei o tratamento, aí já saí de lá medicada, aí isso foram uns 6 meses... eu ia dia sim dia não porque eu preferi pegar lá, como eu notei que a medicação era muito forte, eu tinha medo de trazer pra casa e num tomar, como às vezes eu deixei de tomar porque eu não aguentava, sabe, aí eu digo não, é melhor eu fazer lá porque é fogo, não tinha passado por isso, aí fiquei fazendo lá, ia dia sim dia não, até que graças a Deus eu concluí o tratamento e tá tudo ok...até agora” (Fn7).

No que se refere ao horário da ingesta da medicação, as mulheres relataram ter seguido as recomendações, com tranquilidade: *“Até hoje eu acordo cedo (risos). Não tem quem me fizesse acordar de 9 horas. Aí pronto, tomava minha medicação, me alimentava direitinho. Mas graças a Deus... sobre isso aí, eu não tenho do que reclamar. O bom é que se conscientize e faça o tratamento, né?”* (Fe11).

O apoio de familiares e amigos “verdadeiros” tornou-se essencial para a adesão ao tratamento de homens e mulheres, ao proporcionar força, cuidado e suporte emocional (Hi17; Fd7; Fi12; Fr15): *“Foi conseguir ajuda dos amigos”* (Hb5); *“Eu tive apoio da família e amigos, assim, em me sentir só, não senti. Me senti bem amparado, bem cuidado, a tensão era os exames. O psicológico ajuda bastante, se sentindo bem, ajuda bastante”* (Hf4).

A presença física de companheiras, atuais ou que foram esposas, além da figura de mães e de irmãs, no acompanhamento até as consultas, na obtenção da medicação ou na tomada da medicação, também foi apontado como importante para dar seguimento ao tratamento (Hh7; Ho8; Hee31; Hff17):

“Ela ia comigo, ela tentou ir buscar medicamento pra mim quando eu tava trabalhando, ela tentou ir lá nas consultas, ela ia, me levava pro médico, tava debilitado, aliás, nem andava direito, tudo que eu comia colocava pra fora, até as medicações era complicado” (Ht24);

“Nenhum dos meus amigos, parceiros, como se fala na voz popular, iam lá me visitar, todos tinham moto, no caso, quem passava lá era ela, minha ex” (Hl16);

“Minha mãe sempre teve do meu lado, me acordando logo cedo, porque tinha que ir dia sim, dia não...” (Hw12).

Mas, o apoio obtido por outras mulheres, também foi relevante no grupo feminino, conforme anteriormente já se havia apontado:

“Mulher, eu vou te dizer uma verdade, eu fui pegar os comprimidos, mas eu vou te dizer, visse, era eu trabalhando e quem vinha pegar era minha irmã. Minha irmã veio umas 3 vezes nesse posto pegar com a enfermeira e a enfermeira dava os comprimidos, foi a única facilidade que eu tive” (Fi40).

Ainda sobre o apoio recebido, um dos entrevistados apontou também o apoio financeiro, por parte de amigos e familiares, como um ponto forte para a continuidade do tratamento, tendo em vista que a doença limitava a possibilidade de continuar trabalhando ou de ser aceito em novos empregos:

“Só o apoio da minha mãe, dos colegas meu, que viu que eu tava precisando, né, que me ajudava, que viu, tinha um que vinha de carro e ‘vamos lá pegar’, ou de moto ‘vamos lá pegar’. O patrão também me ajudou um bocado também. ‘Olha, vou te dar dois mil reais, pra ver se tu consegue se levantar, ajudar’” (Ht36);

“Não tive dificuldade, porque essa minha patroa que estou falando até hoje me ajuda em tudo, ainda traz as coisas pra mim” (Fa16).

Em linhas gerais, houve uma parte de homens e mulheres que relataram ter sido “fácil” a adesão ao tratamento, principalmente devido a: gratuidade da medicação, vínculo com a equipe de profissionais de saúde, supervisão do tratamento e o acompanhamento regular, o apoio de familiares e, em alguns casos, de amigos, além da crença no divino.

O vínculo é evidenciado pela escuta, nas visitas domiciliares, no tratamento diretamente supervisionado, na compreensão e flexibilidade da equipe de saúde para com os pacientes durante a realização dos exames e do tratamento em geral. O diálogo e a orientação dos profissionais foram outro elemento ressaltado pelo grupo de homens e de mulheres como um elemento facilitador, já que a conversa possibilita a informação acerca do caso clínico e proporciona o conhecimento sobre a doença e a possibilidade de cura. Além disso, a localização geográfica, citada principalmente pelos homens, contribui para a diminuição dos gastos financeiros advindos da doença. O fato de o tratamento ser realizado de forma gratuita pelos serviços de saúde e, principalmente, a oferta da medicação também foram admitidos como principais facilidades.

4.2.2.3.2 Dificuldades no tratamento

Admite-se que a doença traz sofrimento, mas precisa ser “eliminada” (Faa2; Hs3). Para um dos homens, enfrentá-la e seguir o tratamento exige coragem, necessária inclusive para não se deixar abater pelo enfraquecimento causado pelo preconceito: *“Eu relato que a caba que tem essa doença, ele tem que ter a mente boa, se não ele vai se atrapalhar, vai ficar fraco, vai ficar fraco na sociedade, querendo ser excluído”* (Hs8). Admite-se, ainda, que o tratamento parece ser mais difícil em seu início (Hq14), mas era necessário realizá-lo para restaurar a saúde:

“tomar esse remédio pra me curar, porque se eu não me tratasse seria pior” (Ff12); “Não em mim, os efeitos dela, os efeitos da medicação. Os efeitos que me deixavam assim, irritada, eu não conseguia comer direito, sabe, eu já ia dormir, pensando em acordar, pensando em tomar os primeiros meses, que é mais forte, que quando passou esses dois primeiros meses, que eu tomei a primeira dose que era menos, aliviou muita coisa mesmo, assim, eu parecia que tava até no paraíso” (Fp17).

No grupo masculino, um dos homens mencionou ter decidido não realizar o tratamento ao receber o diagnóstico, mas, ao enfrentar situação de preconceito devido à separação de objetos de uso coletivo pelos demais membros da família, sentiu-se incentivado a aderir ao tratamento: *“Quando acusou realmente que eu estava doente, aí eu não queria ir fazer o tratamento. O pessoal aqui em casa separou prato, colher, aqui de dentro, tudo meu era separado, no início, aí... eu fui... fiz o primeiro tratamento” (Hj1).*

Entre as dificuldades encontradas pelos entrevistados dos dois grupos, destacam-se os efeitos causados pela medicação (Hf8; Fd9; Fp16; Fq20), a exemplo de *“reação alérgica” (Fd9), o horário matutino da tomada da medicação” (Hff14, Hw13,15) e o fato de o jejum aumentar os efeitos colaterais (Hff14), “ele dá tontura... eu não levava nada para comer, né, aí eu tinha que voltar para depois almoçar, aí às vezes a pessoa dava até um branco assim na visão da pessoa” (Hdd4).*

Algumas mulheres queixaram-se do tamanho dos comprimidos (Ff1; Fe16), *“engolir a medicação, horrível, deste tamanho assim grande” (Fj2).* Outras citaram efeitos inespecíficos, afirmando até que alguns provocaram o isolamento na convivência domiciliar:

“Olhe, ninguém botava perfume, chegava com nada cheirando perto de mim. Meu pai é fumante, também não chegava perto do meu quarto. Era isolada lá dentro. Meu negócio era lá” (Fe16).

“Só os medicamentos que são ruim de tomar, são quatro comprimidos bem grande, é horrível, todos os dias e assim, logo no início, eu fiquei toda vermelha, que ele é muito forte, sem força, ficava sem ânimo, sem coragem de fazer nada, com dor de cabeça, aí deixa você bem deprimida os remédios, mas eu tinha que continuar, não parei, porque disse que se você parar com todos esses sintomas que você sente, porque tem gente que não aguenta e para” (Ff1).

Houve, inclusive, aqueles que deixaram de tomar a medicação, em decorrência das reações medicamentosas e da percepção equivocada de que poderiam diminuir a quantidade de medicamento, o que resultou em prolongamento do tratamento:

“... a questão dos sete meses é porque foi um período que eu me enganei, né, a médica lá, quando eu ia pra lá de oito em oito dias, eu expliquei pra ela, eu me perdi na forma como tomava o medicamento, eu me perdi, aí eu vi que tinha uns medicamentos sobrando, aí vi que tinha uns medicamentos sobrando, aí fui falar com ela, aí eu disse: doutora, eu tomei a iniciativa de diminuir porque eu achava isso muito forte, aí tinha horas que eu ficava muito tonto, aí eu digo: pois vou tomar só três hoje. Aí, eu tava em casa com 30 comprimidos e eu precisava tomar aqueles comprimidos nos meses que passaram, por isso que passei 7 meses tomando. Eu diminuí por minha conta” (Ho13).

Para elas, a duração do tratamento, também vista como uma dificuldade, não foi impedimento para a adesão terapêutica: *“[...]mal-estar passei seis meses, com dor de cabeça direto, mas não podia deixar de tomar a medicação”* (Fc7).

Para alguns homens, o período de tratamento também foi uma dificuldade, assim, por ocasião da melhora da sintomatologia, interromperam o seu seguimento, por conta própria: *“No início aí eu fui, fiz o primeiro tratamento, foi com dra.... na época, aí era pra eu passar 6 meses. Aí só que eu me senti bem com 4 meses, achei seis muito, aí, eu já ganhei uns kilozinho a mais, tava pesando quase uns 60 kg, aí parei, com 4 meses, parei, aí voltei a beber e a fumar de novo* (Hj1); *“Tava melhor, né, aí voltei a beber”* (Hc8).

No grupo das mulheres também se verificou o desejo de suspender o tratamento com a melhora dos sintomas, o que foi superado: *“Quando eu me senti melhor, aí eu fiquei com vontade de parar. Não, continuei bem, até o restante eu tomei”* (Fh12,13).

Entre os entrevistados, alguns homens admitiram que o desafio para realizar o tratamento foi o rompimento com alguns hábitos, como fumar e beber (Hc1; Hj1; Ht5): *“É, pra me tratar, comecei parar de beber, de fumar, aí fiquei só tomando o remédio”* (Hq10). Apenas uma mulher relatou a dificuldade de parar de fumar, deixando claro que, apesar de ter se curado, não cessou o hábito de fumar durante o tratamento (Fa3).

Alguns homens mencionaram outros aspectos que tornaram difícil o tratamento: a demora para iniciá-lo, a falta de medicação na unidade de saúde, a burocracia para retirar o

medicamento na unidade de saúde, a espera para o TDO, que se tornava insuportável em decorrência da fome, dada a necessidade do jejum (Hh4; Hbb11; Hh12; Hq13):

“Rapaz... porque é burocrático, é demorado. Para conseguir os remédios, precisa depender do Estado, às vezes não chega, demora, atrasa, você tem que esperar, facilidade não tive, só o fato de não ter que gastar. O que falei acima, principalmente a demora para iniciar o tratamento, eu descobri a doença e demorou 15 dias para iniciar o tratamento, meio que dei esse azar, não tinha remédio, algo assim” (Hd8);

“No dia que descobri, não tinha remédio, aí pensei vou morrer” (Hf8);

“É tudo difícil, porque se eu não tivesse no pé, não ia ter remédio pra mim ... às vezes, eu ficava no pé, pra pegar meu remédio, aí no posto aí ” (Hq14).

Para alguns homens, a supervisão da tomada da medicação foi apontada como dificuldade, uma vez que relacionada ao receio que os profissionais tinham de não cumprimento das recomendações preconizadas, e na percepção da falta de confiança dos pacientes por parte dos profissionais de saúde: *“Tomei esse remédio 6 meses, comecei a tomar no posto, com medo deu beber, bebi não, bebi não, mas eu fumava muito”* (Hc1).

Entretanto, verifica-se também a recusa do tratamento por meio do TDO, admitindo a responsabilidade pela própria saúde:

“Era pra ter o acompanhamento e ficar indo tomar lá no posto, só que eu disse que era chato, porque eu que ia fazer o tratamento e era minha saúde que estava em jogo, aí ela disse: não... é porque você tem que tá vindo, porque tem paciente que no meio do tratamento, quando sente uma melhorzinha, abandona o tratamento, quando pensa que não, volta mais pior. Aí eu disse, não, mas eu não vou. Aí, eu fiz um acordo, eu tomava os panfletinhos (cartela de comprimidos), quando acaba levava pra elas ver” (Hl16).

Mulheres relataram faltada medicação, o que causou medo e sofrimento (Ft14; Fq15):

“Durante os seis meses do meu tratamento, eu tive duas dificuldades na unidade básica por conta deles não fazerem o pedido da minha

medicação, então teve hora que eu me estressei, eu chorei lá, dizendo pra eles que não podia ficar sem a medicação, tive que fazer denúncia do posto, infelizmente isso aconteceu, mas depois de tudo isso que eu fiz lá, as coisas melhorou mais” (Fq15).

Outra dificuldade relatada pelos homens foi a financeira, em decorrência da retirada do doente do mercado de trabalho, com repercussão na satisfação das necessidades para a manutenção da vida, o que veio a causar o abandono do tratamento (Ht2,3,5):

“Assim, as dificuldades foram em termo assim, financeiras, porque eu tinha que trabalhar e eu cheguei, mesmo eu fazendo o tratamento, eu trabalhava, fazia um esforço, como eu falei, pra correr atrás do pão de cada dia, porque não tinha da onde tirar, e a minha família não tem condição, ela tem só dá pra eles mesmo, às vezes, eles me ajudam, ... no tempo que eu tava assim, porque é difícil, eu com esse problema começar a trabalhar, mesmo tomando, fazer o tratamento e correr atrás, porque não pode ficar no sol quente, ele é um remédio muito forte, muito forte mesmo” (Hdd25).

Também se verificou dificuldade para conseguir algum tipo de proteção social governamental. De fato, a maioria dos entrevistados de ambos os grupos não conseguiu nenhum benefício, dificultando o comparecimento às consultas e a tomada supervisionada da medicação, bem como o recebimento da medicação periodicamente (Fg3; Fi24): *“Eu cheguei aqui, a assistente social chegou até a colocar para receber o benefício, mas quando eu cheguei lá, deu errado, aí eu não quis mais correr atrás, né” (Hdd4).*

Uma das mulheres disse que não conseguia sequer caminhar até a unidade de saúde, em decorrência de sua debilidade causada pela TB:

“A única coisa que foi difícil foi ir até o posto, foi muito difícil, porque eu não me aguentava em pé, e eu sempre tinha que ir com alguém me escorando e, nisso, eu parava umas cinco vezes no caminho, pra sentar, tinha vezes até que eu tomava remédio, saía do posto, eu vomitava, e saía o remédio vermelho, parecendo sangue” (Fz14).

Um obstáculo apontado foi o fato de apresentar recidiva do quadro de TB (Hj3, 26), ocorrendo, portanto, certa “resistência” por parte da profissional médica para iniciar o tratamento:

“A dificuldade era porque eu era reincidente, né, e como ela já estava com o protocolo dela grande, tinha muitos pacientes lá, mas de todo jeito ela foi compreensiva e resolveu me encaixar porque eu falei da minha médica e tal e ela disse: ‘não, aqui não é mais com a outra não, agora é comigo’, aí, a gente sentou pra conversar e ela chegou em um acordo de me colocar, porque eu era reincidente, justamente, eu tinha abandonado...” (Hj25).

Diante do exposto, em síntese, entrevistados do grupo feminino e masculino relataram ter enfrentado muitas dificuldades, tais como: por ocasião do fechamento do diagnóstico correto, o preconceito, as reações adversas causadas pelo medicamento, perda do trabalho – que traz dificuldades financeiras –, além da carência de medidas de proteção social durante o tratamento. Verificou-se que principalmente o grupo de homens apontou dificuldades, mais do que o grupo de mulheres.

Discussão

5 DISCUSSÃO

5.1 ETAPA 1

5.1.1 Série histórica (2001-2016)

Pôde-se identificar, no período, de 2001 a 2016, o perfil sociodemográfico de pacientes com TB, notificados no Município de Campina Grande-PB. Em primeiro lugar, verificou-se maior percentual de casos no grupo de homens quando comparado ao de mulheres. Este achado é ratificado pelos dados epidemiológicos no Brasil; em 2018, 70% dos casos confirmados com TB no país pertenciam ao gênero masculino (DATASUS, 2018). O fato do homem sempre ter ocupado mais os espaços públicos, além de encontrar-se mais em contextos de vulnerabilidade, em decorrência da natureza do trabalho a que está exposto também pode explicar tal achado.

Outros estudos realizados no Brasil (Pará, regiões Nordeste, Sudeste e Sul) ratificam esse achado (Basta et al., 2013; Barros et al., 2014; Freitas et al., 2016; Telarolli Junior, Loffredo, Gasparetto, 2017; Cardoso et al., 2018; Oliveira et al., 2018;). Para Freitas et al. (2016), tal fenômeno decorre do fato de os homens não terem o mesmo cuidado com a saúde tal como as mulheres. No estudo de Silveira, Adorno e Fontana (2007), realizado em uma unidade de saúde na cidade de Bagé-RS, apesar do aumento de casos em mulheres, identificou-se diferença de 3:1, respectivamente considerando-se o gênero masculino e feminino. Por sua vez, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) buscaram entender, na perspectiva da categoria de gênero, porque os homens procuram menos os serviços de saúde. Os referidos autores defendem que, na própria socialização, o cuidado não se coloca como uma prática masculina, razão pela qual sugerem repensar as questões de masculinidade cuja discussão está ligada à saúde do homem. Estereótipos e expressões, como “machão”, “eu sou homem”, refletem em baixa presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde, quando comparada à presença feminina.

Contrapondo o que foi dito até aqui, em relação à TB, prevalente nos homens, na primeira etapa do estudo realizado por Biagolini (2015), na cidade de São Paulo-SP, na Supervisão Técnica de Saúde da Penha, foi traçado o perfil epidemiológico de bolivianos e não bolivianos com tuberculose no período de 2006 a 2013. A autora encontrou que o maior percentual de casos incidiu nas mulheres - fato atribuído à “feminização da migração”, uma vez que emigravam em maior intensidade, de forma independente, em busca de melhor qualidade

de vida no Brasil. Um aspecto importante a se ponderar é que, no âmbito mundial, a TB é a principal causa infecciosa de morte entre as mulheres (Sá et al., 2012).

Ainda a respeito do perfil sociodemográfico encontrado no presente estudo, verificou-se diferença estatística significativa em relação à faixa etária e escolaridade, com destaque para a faixa etária adulta jovem de 21 a 32 anos no grupo das mulheres, o que foi diferente para os homens, em que se verificou alargamento dessa faixa: 21 a 32 anos e 32 a 43 anos. Esses dados não diferem dos constantes da maioria dos estudos sobre TB no Brasil, que apresentam preponderância na faixa etária produtiva, em média de 21 aos 50 anos (Barros et al., 2014; Freitas et al. 2016). Não se pode inferir, com certeza, o porquê de essas faixas serem as mais acometidas, mas, compreende-se, que se trata da fase durante a qual as pessoas têm vida produtiva mais ativa e, portanto, estão mais expostas a contextos que as tornam vulneráveis.

O estudo realizado por Queiroz (2008) reflete essa vertente. Realizado em São Paulo-SP, buscou verificar diferenças de gênero na adesão ao tratamento da tuberculose, constatando-se maior concentração de casos entre mulheres e homens adultos jovens. Segundo a referida pesquisadora, as mulheres na fase reprodutiva têm mais possibilidade de evoluir da infecção à doença, por efeitos hormonais, o que pode justificar o maior acometimento nessa fase da vida. Pesquisas relacionadas à coinfeção TB-HIV, como a de Cavalin (2018), realizado em São Paulo (SP), também encontrou resultados semelhantes à faixa etária, que corroboram o presente estudo, pois os sujeitos também se encontravam na faixa etária economicamente ativa. Outro aspecto importante, também discutido pela mesma pesquisadora, refere-se ao fato de que sujeitos portadores da coinfeção TB-HIV podem apresentar dificuldades ou até impossibilidade na manutenção de uma fonte de renda pelo trabalho. No estudo de Telarolli Junior, Loffredo e Gasparetto (2017), realizado em São Paulo, no período de 2002 a 2006, além da predominância de homens, identificou-se maior incidência de TB na faixa etária de 50 a 59 anos.

Voltando ao presente estudo, em relação à escolaridade, destacou-se o ensino fundamental incompleto para ambos os grupos, mas os homens apresentaram os mais baixos índices de escolaridade, o que coloca em evidência mais um aspecto relacionado à vulnerabilidade social, característica das pessoas acometidas pela TB. Mesmo assim, não convém afirmar que existir essa ligação do nível de escolaridade e a relação de gênero, com a adesão ao tratamento, pois aqui não foi feita tal análise estatística. Entretanto se sabe que a diferença do nível escolar do sujeito ao longo da história apresentou uma desigualdade de gênero e alguns estudos discutem a relação escolaridade, gênero e TB e apresentam uma inter-

relação (Barros et al., 2014; Telarolli Junior, Loffredo e Gasparetto, 2017; Silveira, Adorno e Fontana, 2007; Cardoso et al., 2018).

Considerando que as mulheres têm conquistado mais altos níveis de escolaridade e outros espaços sociais, a junção do debate da saúde pública às questões de gênero permite ampliar o entendimento dessa realidade. De acordo com os dados do IBGE (2018), nas últimas três décadas houve aumento significativo do nível de instrução desse grupo em relação ao de homens. Em 2016, tal aumento ocorreu principalmente no nível “superior completo”, particularmente na faixa etária mais jovem, de 25 a 44 anos de idade, em que a porcentagem de homens que concluiu a graduação foi de 15,6%, enquanto a de mulheres foi de 21,5%. No estudo de Queiroz (2008), a escolaridade de homens e mulheres foi similar, em relação a terem o ensino fundamental incompleto, mas os homens apresentaram os mais baixos índices (considerando-se o analfabetismo, o ensino fundamental incompleto e completo, o ensino médio incompleto e o completo, o ensino superior incompleto e o completo). O mesmo estudo corrobora os achados da presente pesquisa: as mulheres possuíam maior instrução escolar do que os homens.

No que diz respeito às demais características do perfil sociodemográfico - raça e região de moradia - não apresentaram diferença estatística significativa, mas, respectivamente, prevaleceu a cor parda e a zona urbana nos dois grupos. Ainda que indígenas não tenham integrado o universo do presente estudo, Basta et al. (2013) ressaltam a influência da variável raça/cor nos indicadores de TB, no estudo desenvolvido com população indígena e não indígena do Mato Grosso do Sul, entre 2001 e 2009. É importante ressaltar que a raça, recorte analítico de interesse dos estudos de gênero e da determinação social do processo saúde-doença, apresenta significados políticos, culturais e econômicos importantes, como discutido nos estudos de Fonseca (2005), Araújo et al. (2009) Miller (2013), Costa, Nardi, Koller (2017) e Hooks (2018).

Em relação à zona urbana, esta pesquisa também não verificou diferença significativa estatística, porém, no estudo de Cardoso et al. (2018) afirmam que, por ser a TB doença condicionada socialmente, as pessoas mais acometidas encontram-se na zona urbana região onde encontra-se mais pessoas em condições de vulnerabilidade social. Embora esse tenha sido aqui analisado, os sujeitos também se encontravam, na sua grande maioria, na aludida área, o que torna relevante o conhecimento acerca das condições de vida, e especificamente a situação de moradia dos indivíduos acometidos pela TB.

Outras variáveis compuseram o perfil histórico de 2001 a 2016, tendo-se verificado diferença estatística significativa quando comparados o sexo masculino e feminino em relação: ao consumo de álcool, diabetes, forma clínica, tratamento supervisionado, situação de encerramento do tratamento (cura, abandono, óbito e transferência), associação TB-AIDS, outros agravos (asma, hipertensão, cardiopatia, hanseníase, hepatite e pneumonia), além da positividade do HIV.

Em se tratando do consumo de álcool, apesar de a maioria não o consumir, dentre os que referiram consumo, os homens prevaleceram em relação ao grupo de mulheres. É importante destacar que o uso excessivo está associado à falência do tratamento da TB. Apesar da mudança no estilo de vida das mulheres nas últimas décadas, os homens ainda têm hábitos que os tornam mais vulneráveis ao consumo de bebidas alcoólicas. Mudar tal comportamento, após o início do tratamento da TB é um desafio, pois o consumo de álcool está diretamente relacionado à determinação social do processo saúde doença. Visto que as questões relativas ao uso e ao abuso do álcool têm influência de fatores sociais e culturais, assim esse uso transcende, em muito, o sujeito que bebe. Eis, então, uma problemática mundial, pois entre os 10,4 milhões de casos novos notificados no mundo em 2016, 4,7 foram atribuídos ao uso excessivo de álcool (WHO, 2017).

Um estudo longitudinal, com a participação de 438 pacientes com tuberculose pulmonar, realizado em Worcester, África do Sul, encontrou, além do efeito comportamental, que o consumo de álcool, durante o uso da medicação para a TB pode gerar efeitos fisiológicos que interferem no resultado do tratamento. Como se trata de estudo ainda inconcluso, não se pode afirmar quais os efeitos, mas afirma-se que o comportamento resultante do etilismo determina a situação de encerramento da doença (Myers et al., 2018). Outros estudos ratificam essa associação significativa (Pereira et al., 2015; Lindner, 2016; Silva et al., 2017; Cardoso et al., 2018).

Ainda que os dois grupos populacionais estudados tenham revelado a ausência de comorbidade, quando se destaca especificamente o diabetes mellitus (DM), verificou-se maior incidência no grupo de mulheres. Os pacientes com diabetes têm mais chances de contrair a TB ativa, inclusive porque a DM pode interferir no metabolismo da medicação contra a TB (Abreu et al., 2017). Alguns estudos realizados em diversos países e em outras regiões do Brasil investigaram a associação entre o DM e a TB e mostram que os homens se destacam com o maior percentual (Marks, 2011; Abreu et al., 2017; Barron et al., 2018; Saktiawati, Subronto, 2018; Hayashi, Chandramohan, 2018), à exemplo de estudo realizado na cidade da Beira,

Moçambique (Pizzol et al., 2017). Outro estudo, realizado no Brasil por Cardoso (2015), no Município de Teresina-PI, destinou-se a descrever o perfil epidemiológico e a analisar os fatores associados ao óbito por tuberculose. Entretanto, os achados mostram que o DM não se associou ao aumento de óbitos por TB. Na medida em que não há estudo que identifique, especificamente, a influência do gênero no DM e TB não é possível concluir a respeito.

Quanto à forma de apresentação da TB, a TB pulmonar apresentou diferença estatística significativa quando comparados os sexos e a forma da doença foi mais expressiva no gênero masculino. Esse é um dado importante, pois trata-se da forma mais frequente de transmissão da doença. Segundo o Guia de vigilância epidemiológica (Brasil, 2011b), se o paciente não for tratado, pode infectar de 10 a 15 pessoas por ano, o que dificulta o controle e o alcance das metas preconizadas na Assembleia Mundial da OMS em 2016, a qual estabeleceu eliminar a TB até 2030 (WHO, 2018).

Esse dado não se diferencia dos encontrados no âmbito nacional. No estudo de Paiva, Pereira e Moreira (2011), com pacientes diagnosticados com a TB pulmonar bacilífera e não bacilífera, em Porto Alegre-RS, verificou-se que a tuberculose pulmonar foi a forma clínica da doença de maior acometimento no homem: aproximadamente 60% dos pacientes. No estudo de Basta et al. (2013), constatou-se também a predominância da forma clínica pulmonar (mais de 80% das notificações). Segundo esses estudos, de uma forma geral, a população masculina é atingida em maior frequência. Estando mais expostos, provavelmente, pois apresentam maior vulnerabilidade individual, social e programática: consomem mais bebidas alcoólicas, o uso de tabaco e frequentam menos os serviços de saúde.

Em se tratando do tratamento supervisionado (TS), atualmente no Brasil conhecido como tratamento diretamente observado (TDO), os dois grupos apresentaram percentual aquém do preconizado, tendo em vista que essa é uma modalidade recomendada mundialmente, como estratégia de controle e fortalecimento da adesão ao tratamento da TB. Ao comparar os grupos, percebeu-se que os homens têm realizado mais o TDO que as mulheres. Não é possível ser conclusivo a respeito, pois o TDO é oferecido a todos os pacientes, sem distinção de sexo. Uma possibilidade de interpretação estaria posta no autocuidado prevalecer tradicionalmente no grupo de mulheres.

O TDO ainda é admitido como uma das principais estratégias de ação para diminuir a incidência da TB e fortalecer a adesão ao tratamento nos países com alta taxa da doença, conforme Bertolozzi (2005); Andrade et al. (2017) e Matteelli et al. (2018). Estes estudos, ao analisarem os avanços e obstáculos persistentes no caminho para a eliminação da TB, apontam

que muitos profissionais ainda têm dificuldade em estabelecê-lo em suas práticas de acompanhamento a pacientes com TB, principalmente por falhas na organização do processo de produção de serviços; por não recebem capacitação adequada para a sua realização; por indisponibilidade de recursos financeiros para disponibilizar incentivos, como o café da manhã para acompanhar a tomada da medicação do paciente; por dificuldade em estabelecer vínculo com o doente; devido à baixa cobertura da ESF; por sobrecarga de trabalho; além de profissionais em número suficiente e com tempo necessário para realizar o TDO.

Conforme os estudos de Silva et al. (2017), não adotar o tratamento supervisionado (TS) constitui uma variável que contribui para o aumento do número de casos de reingresso no Programa de Controle após abandono do tratamento da TB, em conjunto com outras variáveis, como pertence ao grupo masculino; ter entre 20 e 39 anos; ter menos de oito anos de estudo; ter tuberculose pulmonar e ter encerrado o tratamento por abandono. Outros estudos realizados (Vieira, Ribeiro, 2008; Terra, Bertolozzi, 2008; Ortblad et al., 2015), dentre os quais um desenvolvido também em Campina Grande (Figueiredo et al., 2009), apontam a importância do TDO para a adesão ao tratamento, porém nenhum desses estudos tem o recorte de gênero, o que limita a discussão a respeito.

A situação de encerramento mostrou diferença estatística nos indicadores, com bastante variação entre homens e mulheres. A cura atingiu um maior percentual entre as mulheres (75,9%), mas ainda aquém do ideal (85%). De fato, no Brasil, estudos revelam que as taxas de cura nas mais variadas regiões, mesmo havendo avanços e melhorias ao longo dos anos, continuam abaixo do recomendado (Paiva, Pereira, Moreira, 2011; Santos Neto et al., 2012; Pinto et al., 2017; Silva et al., 2017).

Apesar do que foi anteriormente apontado sobre o autocuidado ocorrer prioritariamente em mulheres, ponderando-se que o maior percentual de cura da TB incidiu nesse grupo, quando comparado ao dos homens, essa é uma questão inaplicável a todas as regiões do mundo, pois as relações de gênero dependem de cada cultura, de cada sociedade e, nesta, do papel desempenhado pela mulher. Por exemplo, no estudo realizado em Ébonyi, na Nigéria (Oshi et al., 2014), que identificou questões relacionadas ao gênero e sua influência na busca do tratamento da TB, evidenciou-se a dificuldade das mulheres procurarem assistência e realizarem o tratamento, pois necessitavam da aprovação de seus companheiros. Isso revela desigualdade de gênero no contexto familiar, quanto ao acesso aos cuidados com a saúde. É importante apontar, ainda, que nesse mesmo estudo constatou-se que as mulheres são mais acometidas pela doença do que os homens.

Voltando ao presente estudo, no que tange ao indicador abandono, verificou-se maior percentual no grupo de mulheres, mas os dois grupos alcançaram taxas elevadas: além do mínimo de 5% preconizado pela Organização Mundial de Saúde. Esse indicador é um dos desafios no combate à TB, pois, com o abandono do tratamento pode significar que o paciente continua como agente transmissor da doença, mantendo ativa a cadeia de transmissão. Se voltar ao tratamento, e apresentar descontinuidade na tomada da medicação pode ocorrer maior probabilidade de se tornar um multidroga resistente e, com isto, aumenta-se o custo do tratamento e a chance de óbito por TB.

O abandono, na maioria dos estudos, também está mais associado aos homens: alguns o justificam pela dificuldade na mudança dos hábitos de vida, como eliminação do consumo de álcool, uso de tabaco e drogas ilícitas (Manjuba, Nogueira, Abrahão, 2008; Pereira et al., 2015; Silva et al., 2017; Cardoso et al., 2018).

Buscando identificar e analisar os motivos pelos quais os pacientes das unidades de saúde da família, na cidade de João Pessoa-PB, abandonavam o tratamento, a pesquisa de Sá et al. (2007) encontrou resultados relevantes: vulnerabilidade individual decorrente da deficiência do paciente na compreensão do processo saúde-doença; crença na cura por alívio dos sintomas, antes de se concluir o período de tratamento; vulnerabilidade programática referente à assistência de saúde (incluem-se as equipes de profissionais e o modo de se organizarem e agirem com o paciente).

Além desses indicadores, na presente pesquisa encontrou-se diferença estatística quanto ao óbito por TB, ocorrendo maior número de mortes em mulheres do que em homens. Já óbitos por outras causas alcançaram maior percentual no grupo masculino. Os dados relativos à morte das mulheres por TB têm sido preocupação levantada nos poucos estudos referentes à gênero, pois não se sabe ao certo o porquê da elevação desse indicador nesse grupo, entretanto, o contexto econômico atual, com decorrências da implementação do neoliberalismo, define condições específicas à qualidade de vida de mulheres. A elevação da proporção de mulheres provedoras da família sem os alicerces jurídicos e salariais correntes para os homens aprofunda o processo de desvalorização do trabalho feminino, triplicando a carga de trabalho. Estes, aliados à falta de recursos que proporcionem sustentáculo às atividades femininas são entendidos como motivos devastadores à vida das mulheres, com decorrências para o processo saúde-doença. Como anteriormente mencionado, apesar de haver maior concentração de casos em homens, a TB tem sido a doença infectocontagiosa mais letal às mulheres (Sá et al., 2012; Oshi et al., 2014).

Em estudo qualitativo sobre os fatores relacionados ao gênero, que influenciavam o controle da tuberculose em favelas, os pesquisadores reforçaram o dado global de ser a TB a doença infecciosa, associada à pobreza, a que mais mata mulheres. A propósito, 70% das pessoas pobres no mundo são mulheres que, em muitos países, enfrentam dificuldades para realizar o diagnóstico e o tratamento de TB. O mesmo estudo traz a discussão da categoria gênero, posto que, em muitas culturas, as mulheres desempenham papel de submissão aos homens de quem dependem financeiramente. Daí a falta de autonomia e consequentemente redução de acesso delas aos serviços de saúde e ao tratamento da TB (Onifade et al., 2010).

Em se tratando de óbito por outras causas o maior percentual foi entre os homens. Outros estudos vão de encontro a esses dados (Queiroz, Nogueira, 2010; Yamamura et al., 2015; Barioto, Anversa, 2015; Cardoso, 2015). Um estudo de revisão sistemática e meta-análise, realizado por Horton et al. (2016), expõe diferença entre os sexos, na carga de tuberculose, e nas notificações da doença em países de renda baixa e média. Na discussão, destaca-se uma crítica aos estudos relativos ao gênero e TB, que têm dado ênfase às mulheres, porque, segundo os autores, os dados de prevalência indicam maior incidência no grupo de homens, inclusive óbito por outras causas.

Em relação à transferência de unidade de saúde ocorreu, no período estudado, em maior percentual, no grupo de homens, entretanto, não é possível inferir se esse evento teve alguma relação com a categoria de gênero. Campina Grande é a segunda macrorregião de saúde do Estado, composta por cinco regiões de saúde - que atende em torno de 70 municípios, e é referência também para os estados do Rio Grande do Norte e Pernambuco (Leite, Veloso, 2009; Paraíba, 2016). Assim, muitos pacientes de outros municípios são atendidos no ambulatório de referência de TB para o diagnóstico, iniciam o tratamento e, em seguida, são transferidos aos municípios de origem, o que pode explicar o percentual de transferência encontrado neste estudo. Conforme Bierrenbach et al. (2007), que avaliaram o indicador transferência e seu impacto nas taxas de incidência de tuberculose, essa variável, se não registrada de forma devida, pode gerar falso resultado nas taxas de incidência.

A mudança de diagnóstico é um indicador que mostrou diferença estatística significativa: as mulheres tiveram maior percentual que os homens. Não se pode confirmar, com exatidão, porque houve mudança de diagnóstico nem por que não se identificou essa discussão na literatura. A verdade é que, em alguns casos, a equipe decide por iniciar o tratamento mesmo na ausência da confirmação da doença por exames, e sim com base no diagnóstico clínico-epidemiológico. Isso se aplica, na maioria das vezes, a pacientes com

suspeita de TB extrapulmonar, ou com associação TB-HIV (Klein et al., 1989; Maruza, Ximenes, Lacerda, 2008).

Algumas variáveis do perfil das características do processo saúde-doença dos pacientes com tuberculose não apresentaram diferença estatística significativa, como a associação TB e AIDS, ser portador de outras doenças e ser portador do HIV. Mas, importa ressaltar que a associação TB-HIV tem sido considerada um dos maiores desafios para o controle global da TB: entre os 10,4 milhões de pessoas com esta doença a cada ano, um em cada dez é HIV positivo, a primeira causa de morte (Beltrán-León et al., 2018; Ramírez et al., 2018).

Portanto, de uma forma geral, considerando o período histórico entre 2001 a 2016, as variáveis que apresentaram diferença estatística significativa não se apresentaram de forma linear entre mulheres e homens. Em algumas categorias percebe-se a influência da categoria gênero, como no caso das subcategorias que discutem o “ser” homem e o “ser” mulher com TB, os papéis na família e a divisão das tarefas na família.

No entanto, comparados os perfis, homens se destacaram em: maior concentração dos casos; faixa etária adulta; maior consumo de álcool; apresentação de TB em sua forma pulmonar; realização do TS; abandono do tratamento; transferência de unidade de saúde. Já as mulheres se destacaram em: nível de escolaridade mais elevado, adoecimento por diabetes; maior percentual de cura; e mudança no diagnóstico. Desta forma, a análise da primeira etapa do estudo permitiu traçar o perfil epidemiológico dos pacientes nesse período, comparando-se homens e mulheres, o que pode contribuir para futuras políticas voltadas para o controle da doença, com um olhar direcionado às questões relativas ao gênero.

5.2 ETAPA 2

5.2.1 Perfil dos entrevistados

Nessa sessão, será discutido o perfil dos homens e mulheres com TB notificados no ano de 2016, os quais foram sujeitos dessa pesquisa. Com essas características, foi possível entender questões relativas ao âmbito individual e coletivo do sujeito no processo saúde-doença. Optou-se por apresentar a discussão em partes, apenas com intuito metodológico, sem perder de vista a totalidade do que foi encontrado, entendendo que o indivíduo faz parte de uma construção coletiva.

Os entrevistados homens e mulheres apresentaram perfil demográfico equivalente ao identificado na série histórica. Nessa análise comparativa, não se verificou resultados com

diferenças estatísticas significativas. A maioria dos entrevistados era do sexo masculino, o que reitera outros estudos sobre tuberculose (Barron et al., 2018; Francesa, Navarro Mora, Gonzalez Luna, 2018; Oliveira et al., 2018; Saktiawati, Subronto, 2018; Souza et al., 2018), além dos dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde quando apresenta os dados do Brasil (DATASUS, 2018; WHO, 2018).

As questões de gênero estão diretamente ligadas à esfera econômica, cultural e social, reiterando-se que o maior acometimento da doença pelos homens pode ser decorrente destes estarem mais expostos ao bacilo da doença. Entretanto, é importante considerar que, em algumas sociedades, o homem é o único provedor e responsável por garantir as condições de sobrevivência da família (Belo et al., 2010; Miguel, Biroli, 2014), o que pode levar esse grupo a contextos onde incida maior vulnerabilidade.

Reforçando essa interpretação, Nhamoyebonde e Leslie (2014) afirmam que o gênero determina a concentração de casos no grupo de homens, pela liberdade que têm para viajar, por terem mais oportunidade de estabelecimento de contatos sociais e, com isso, apresentar maiores oportunidades de contágio. Associam-se a essas possibilidades, o tabagismo, o etilismo e a natureza do trabalho em atividades que envolvem maior risco de exposição ao bacilo, a exemplo da mineração. O mesmo ocorre com os homens do presente estudo que desenvolviam principalmente atividades que os mantinham em contextos de vulnerabilidade, a exemplo das ocupações de soldado e mecânico. Ademais, alguns mantiveram o uso de álcool durante o tratamento. Entretanto, é importante ressaltar que as conquistas feministas trazem uma nova realidade para a mulheres, como a apresentada no presente estudo, em que muitas ocupavam o espaço público, realizando atividades administrativas e na área da saúde, deixando-as, de igual forma, expostas a contextos de vulnerabilidade.

Nessa perspectiva, a pesquisa de Belo et al. (2010), que teve como objetivo comparar diferenças entre os gêneros nos pacientes com tuberculose, reafirma que comumente, os homens são mais afetados do que as mulheres. Entretanto, discute-se que essa constatação pode decorrer de um viés de seleção devido às desigualdades do gênero no que tange à saúde. Os autores apresentam pesquisas realizadas em países como Tailândia, Porto Rico e na cidade de Nova Iorque, em que, no primeiro país citado, mais homens do que mulheres procuraram tratamentos para a malária. No segundo país, quanto à utilização de serviços de saúde e de tratamento para usuários de drogas, as mulheres procuraram e frequentaram em menor proporção os serviços do que os homens.

Retomando o estudo de Belo et al. (2010), os pesquisadores apresentam um debate sobre as questões de gênero e a tuberculose em um município prioritário no Estado do Rio de Janeiro. Entre os resultados, é possível perceber que as diferenças de gênero podem refletir no comportamento relacionado ao cuidado da saúde. No Brasil, as mulheres buscam mais os serviços de saúde do que os homens, diferentemente de outros países, como, por exemplo, no Vietnã. Um dado importante, que é posto como um alerta para as questões relativas ao gênero e à TB, é que embora a proporção de casos de tuberculose, mortalidade e letalidade apresentem-se preponderantemente no grupo de homens, mais de meio milhão de mulheres morrem em decorrência da tuberculose todos os anos.

Voltando à comparação entre os dados obtidos em ambas as fases do estudo, a faixa etária adulta (41-52 anos), na etapa qualitativa, foi a que apresentou maior parcela em ambos os grupos, diferentemente do que se verificou na série histórica. Conforme já discutido, alguns estudos indicam a concentração de casos na faixa etária adulta e/ou nos adultos jovens, entre 20 a 49 anos, o que, em alguma medida, pode ser explicado pela vulnerabilidade social (Sánchez, Bertolozzi, 2007; Costa et al., 2011; Lafaiete et al., 2011; Paiva, Pereira, Moreira, 2011). No estudo de Yates e Atkinson (2017), esgotando as diferenças sexuais na prevalência da tuberculose, realizou-se uma revisão de alguns estudos que correlacionam o sexo masculino e feminino à idade. Percebe-se contradição em relação ao que é discutido neste estudo, principalmente em relação à faixa etária adulta, pois os autores acreditam que a maior concentração de TB em determinada faixa etária e sexo, está relacionada a fatores biológicos.

Numa outra perspectiva, nos resultados do presente estudo, apesar de não se ter encontrado diferença estatística significativa entre os dois grupos, percebeu-se que a maioria dos entrevistados respondeu ter alguma religião, com um percentual maior para as mulheres. As religiões ocidentais cristãs, sobretudo o catolicismo, foram as predominantes entre os respondentes. Entretanto, algumas mulheres citaram a vertente evangélica e outras, a espírita, todavia, nenhum homem relatou ser espírita. Ao pensar na relação entre gênero e fenômeno religioso e ou crenças religiosas, é preciso compreender que a religião sempre teve grande influência na determinação das relações sociais entre homens e mulheres e, sobretudo no papel de subordinação dessas.

Como bastante discutido por Garcia (2015), no capítulo: “O feminismo nas origens do mundo moderno”, o peso da religião imposta pelas igrejas até o Renascimento reforçava a cultura medieval, que estabelecia a superioridade masculina e naturalizava a inferioridade feminina. Desde a Antiguidade, as desigualdades de gênero são reforçadas pela religião,

refletindo-se em todos os aspectos da vida do sujeito, assim como no processo saúde-doença. No Catolicismo, questões de reprodução e sexualidade são, via de regra, irredutíveis e inegociáveis, entende-se que professa palavras que, para os seus fiéis, são sagradas e devem ser obedecidas, ampliando a desigualdade entre os gêneros, com reflexo nas decisões do sujeito sobre o seu cuidado com a saúde (Scavone, 2008).

Em países como a Etiópia, a religiosidade é preponderante no processo de tratamento e ocorre sob a mediação de curandeiros tradicionais, em locais onde há água considerada sagrada. Assim, as crenças espirituais determinam o processo de tratamento da doença. Isso é discutido no estudo realizado no Noroeste da Etiópia, por Derseh, Moges e Tessema (2017), que buscou avaliar a prevalência de tuberculose pulmonar e fatores de risco, em locais espirituais, identificando-se que a grande maioria dos doentes optava pelo uso de água benta ao invés da medicação, antes mesmo de procurar os serviços de saúde pública. Tais padrões de comportamento foram relacionados ao atraso no diagnóstico e no tratamento. Nesse estudo, realizado com 253 (66,2%) pessoas do sexo masculino e 129 (33,8%) do sexo feminino não foi feita comparação ou identificação de associação com o gênero, mas foi perceptível a influência da crença religiosa no processo saúde-doença e na adesão ao tratamento da TB.

Além desse estudo acima citado, outros estudos apontam que a religião pode afetar de forma negativa a adesão ao tratamento (Mesfin et al., 2009; Gebregergs, Alemu, 2015). Em contrapartida, alguns estudos relatam que a religião fortaleceu e foi vista pelos pacientes como fator primordial para o enfrentamento da doença e para a adesão ao tratamento, pois se compreende que a adesão ao tratamento da doença é mediada por questões biológicas, psicológicas, sociais, culturais, e também relativas à crença religiosa (Hansel et al., 2004; Lemos, 2013).

Voltando ao presente estudo, verificou-se preponderância da TB em mulheres solteiras. Alguns estudos apontam que o estado civil, principalmente o fato de estar solteiro, viúvo ou separado, pode associar-se à menor expressividade ou ausência de apoio familiar, proporcionando maior vulnerabilidade emocional ao paciente com TB, com repercussão na adesão ao tratamento e no enfrentamento da doença (Pang, Leung, Lee, 2010; Queiroz, Nogueira, 2010; Zuñiga, 2012; San Pedro, Oliveira, 2013; Silva et al., 2017). Entretanto, no presente estudo, não é possível afirmar a menor expressão do apoio ao tratamento, pois apesar de as mulheres e alguns homens estarem solteiros, a maioria morava com o(a) companheiro(a). Alguns estudos corroboram com estes dados e realidade (Selig et al., 2004; Espindola, 2010; Santos Neto et al., 2014; Yamamura et al., 2015; Silva et al., 2017; Barua, Van Driel, Jansen,

2018). Já outras pesquisas apontam que as mulheres casadas sofrem mais preconceitos que os homens casados e que elas temem mais a perda do marido e da família; já os homens sentem-se mais protegidos, por ter quem cuide deles (Johansson et al., 2000; Karim et al., 2011; Barua, Van Driel, Jansen , 2018).

Em um estudo realizado por Karim et al. (2011), o objetivo foi explorar experiências, significados, comportamentos e impactos relacionados à TB, na perspectiva de gênero, em uma amostra de leigos. O estudo foi conduzido em áreas rurais de Bangladesh, identificando-se que as mulheres enfrentam maior carga de preconceito e problemas conjugais quando doentes por TB do que os homens. Tal achado é explicado pois, nesse país, a aplicação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é rarefeita. As mulheres participantes do estudo consideraram a doença um grave problema, a ponto de terem receio de ser abandonadas por seus maridos devido à enfermidade; já outras disseram que as mulheres com TB não conseguem casar. Ainda nesse estudo, há relatos de que a relação conjugal é afetada pela doença, porque objetos de uso continuado são separados e o casal passa a não mais compartilhar do mesmo dormitório. Entretanto, quando os doentes são os homens não aceitam recusa das mulheres ao ato sexual, apesar de, ao contrário, negarem a relação sexual com a parceira que tem TB. Outros estudos também encontraram essa opressão sofrida pelas mulheres, dentro do casamento, sendo considerada resultado da desigualdade de gênero, destacando-se que, no mundo contemporâneo, a agressividade masculina e a passividade feminina são naturalizadas. Essas características são consideradas desejáveis e admitidas como diferenças naturais entre os gêneros. Assim, o “não”, dito por elas, nas relações sexuais e afetivas demonstra sua modéstia e honra; dessa forma, a validade do consentimento depende do sexo do indivíduo, o que as coloca em posição de maior vulnerabilidade na relação conjugal (Pateman, 1993; Biroli, 2014; Barua, Van Driel, Jansen , 2018).

Em outro estudo, no Brasil, verificou-se diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo, no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, em São Paulo, nos discursos de mulheres casadas/“amigadas” - termo utilizado no próprio estudo - e solteiras, que são apresentados separadamente, por se considerar o estado civil importante para a percepção dos sujeitos sobre a doença. As mulheres do primeiro grupo reconhecem que uma das barreiras para a adesão é manter a sua sustentabilidade financeira e da família, além do medo de transmitir a doença para seus filhos. Por outro lado, as mulheres solteiras não relataram esse fato como uma barreira, mas disseram sentir medo de sofrer preconceito (Queiroz, Nogueira, 2010).

Esse sentimento pode ser explicado por serem os contatos de pessoas com TB considerados os mais propícios a se contaminar com a doença. As pessoas que convivem no mesmo ambiente, no domicílio, no trabalho, em instituições de longa permanência, ou escola, são consideradas contatos, e devem ser investigados por meio da vigilância epidemiológica. Essa é uma das maneiras mais eficazes de se ter um diagnóstico precoce: a busca pelos contatos (Brasil, 2011^a; Lemos, 2013). No presente estudo, identificou-se, tanto no grupo das mulheres como dos homens, que compartilhavam a residência com 1 a 4 pessoas. Estudo realizado no Brasil e outro na China apontam que mais de quatro pessoas em um domicílio aumenta o risco de contaminação pelo bacilo (Figueiredo, 2008; Pan et al., 2018). Evidentemente que o tamanho do domicílio deve ser levado em consideração, assim como as condições de ventilação.

Estudo qualitativo, realizada em favelas de Nova Délhi, Índia, investigou aspectos de gênero na TB. Especificamente em relação ao número de pessoas na família e possibilidade de contaminação pelo bacilo, na época em que foi realizado, as duas comunidades pesquisadas abrigavam entre 7.000 e 10.000 famílias, com média de 4 a 6 membros por residência. A maioria dessas pessoas vivia em situações de vulnerabilidade social, como morar em pequenas cabanas de um ou dois dormitórios, sem ventilação adequada, com condições que promoviam o aumento da transmissão da doença (Khan, 2012).

Em relação à variável “ter filhos”, no presente estudo não houve diferença significativa entre homens e mulheres, sendo que a maioria tinha entre um e dois filhos. Alguns estudos que discutem a relação de gênero e TB relatam que, para as mulheres o maior medo é de morrer e deixar os filhos sem cuidados, e transmitir a doença para eles; outras evitam relatar para a família que tem a doença, devido ao medo de ter que se afastar dos filhos (Gonçalves et al., 1999; Queiroz, Nogueira, 2010; Hu et al., 2012). Tal sentimento é justificado, pois, segundo Queiroz e Nogueira (2010), o cuidado com os filhos é comumente delegado às pessoas do sexo feminino, valendo ressaltar que a priorização dos cuidados com os filhos muitas vezes pode vir a determinar o prejuízo em relação à própria saúde.

Em um estudo realizado por Hu et al. (2012), no distrito de Barangay de Payatas, uma das maiores comunidades pobres urbanas da Região Metropolitana de Manila, que teve o objetivo de explorar formas de melhorar a procura por cuidados entre mulheres com sintomatologia compatível com a tuberculose, confirmou-se que estas levavam primeiramente os filhos à assistência, mesmo se apresentassem sinais e sintomas. Outras mulheres manifestaram que a maior dificuldade para realizar o tratamento para a TB era ter de levar seus filhos ao serviço de saúde, pois não havia outras pessoas que pudessem cuidar dos mesmos.

Mas, tomara decisão de levar seus filhos para obter cuidados médicos, não era isenta de culpa. A atenção ao cuidado dos filhos, dependentes da figura feminina, foi imposta socialmente ao longo da História, estabelecendo-se que aos homens caberia a responsabilidade de decidir o destino dos filhos e às mulheres, o cuidado diário e o zelo pela educação. Assim, mesmo que a responsabilidade e o cuidado dos filhos, no final do século XX tenha passado a ser mais compartilhada entre homens e mulheres, a proteção da vida dos filhos ainda é impetrada às mulheres.

Voltando ao presente estudo, na comparação do perfil socioeconômico entre homens e mulheres, identificou-se que as variáveis que apresentaram diferença estatística foram: escolaridade, situação de trabalho no momento da entrevista, remuneração decorrente da ocupação, contribuição para as despesas domésticas, horas de trabalho nas atividades domiciliares e horas em atividades fora do domicílio.

Em se tratando da escolaridade, assim como da situação de trabalho, expressam claramente a desigualdade estabelecida socialmente entre homens e mulheres. Tal desigualdade tem sido justificada, ao longo da histórica, na perspectiva naturalizada de diferenças comportamentais entre os sexos. Para proporcionar a organização necessária ao progresso da espécie, era necessário respeitar o determinismo biológico, impondo no passado, que por ser a mulher mais frágil e o homem mais robusto, caberiam a elas tarefas mais leves e, a eles, as mais pesadas. Assim, a figura masculina deve tutelar a mulher que, na sua “essência”, dependente de proteção, caberia o cuidado do lar, exercendo as atividades de zelo e procriação. Nessa lógica, para exercer as aludidas atividades, não seria necessário desenvolver o pensamento através do estudo; ao contrário do sexo masculino, que seria responsável pelo desenvolvimento econômico e político, sendo, para isso, essencial ter acesso aos estudos (Aristóteles, 1985; Kergoat, 1996; Cruz, 2014).

Ainda sobre a escolaridade e trabalho, a escritora Woolf (2018) escreveu em capítulo “Profissões para mulheres” sobre os desafios da (in)visibilidade das mulheres no mundo do trabalho e na obtenção do conhecimento através dos estudos. É necessário manter o foco em torno dessa discussão, pois são evidentes as disparidades entre homens e mulheres quanto às oportunidades no desenvolvimento profissional e no cenário público. Ros-Sánchez e Lidón-Cerezuela (2018), mesmo ao fazer referência às conquistas dos direitos das mulheres, obtidas na Quarta Conferência Mundial da ONU, realizada em Pequim, em 1995, identificaram em sua pesquisa, na Espanha, que as mulheres ainda são consideradas mais vulneráveis para conseguir estudar e fazer parte da política e da economia.

Apesar desses registros históricos, a presente pesquisa encontrou dados que demonstram que as mulheres apresentaram maior nível de escolaridade do que os homens; entretanto, a maioria dos sujeitos dos dois grupos apresentou baixa escolaridade, sendo importante destacar que apenas as mulheres apresentaram nível superior completo. Mas é importante reforçar que a baixa escolaridade do sujeito tem sido um marcador importante nos perfis epidemiológicos que retratam a tuberculose no mundo, enfatizando-se, inclusive, que se associa à baixa adesão (Obuku et al., 2012; Silva, 2014; Pinto et al., 2015; Choi et al., 2016; Pereira et al., 2018; Santos et al., 2018). Ao contrário da presente pesquisa, estudo realizado por Jiménez-Corona et al. (2006), na região do México, os resultados apontaram que os homens com TB têm mais chances de ter estudo formal e completo do que as mulheres, consequentemente, têm melhor condição socioeconômica, mas, ainda assim, abandonam mais o tratamento do que elas.

Em relação à situação de trabalho, verificou-se, no presente estudo, que havia mais homens trabalhando do que mulheres; mas a maioria dos sujeitos não se capacitou para exercer tal trabalho e, quando comparados às mulheres, elas se capacitaram mais que os homens. A maioria das mulheres desenvolvia trabalho que exige pouca ou nenhuma qualificação, como operadora de telemarketing, enquanto os homens realizavam atividades consideradas mais “pesadas”, como a função de mecânico (que exige qualificação, mesmo que adquirida no próprio serviço) e de ajudante de obras civis, que também não exige qualificação.

Essa realidade não difere do contexto histórico social explicitado por Toledo (2008): a desigualdade de gênero tem como berço a divisão sexual do trabalho e se reafirma na constituição social dos gêneros, definindo, portanto, que as mulheres devem realizar determinadas atividades e os homens, outras. Via de regra, a dificuldade de as mulheres adentrarem no mercado de trabalho está posta na imposição social de que elas devem conciliar o trabalho exercido fora do domicílio e remunerado com o doméstico (dupla jornada), o que não é cobrado do homem, o que lhe possibilita uma maior dedicação e destaque no trabalho remunerado (Toledo, 2008; Cisne, 2016).

O marxismo vem reafirmar isso, explicitando que a condição de trabalho também pode variar a partir na perspectiva de gênero, mas também da raça e da etnia. As mulheres trabalhadoras fazem parte de um grupo social que concentra as raízes de um problema: a opressão e a exploração. Os donos dos meios de produção, além de explorarem a classe proletária, que é composta pelos trabalhadores, encontram maneiras de oprimir as mulheres, apenas por ser do sexo feminino, endossando a determinação biológica dentro do espaço público (Assunção, 2017).

A situação de trabalho interfere de forma direta na adesão ao tratamento da TB (Ferreira et al., 2018), o que pode ser agravado a depender da atividade que o paciente desempenha. No estudo realizado por Choi (2016), na Coreia do Sul, identificou-se que a maioria dos pacientes que trabalhavam na construção civil, apresentou baixa adesão, corroborando as atividades principais realizadas pelos homens que integraram o presente estudo. Mas, em outra pesquisa sobre qualidade de vida e comportamento de saúde de pacientes com tuberculose, Polanska et al. (2015), em Kotlina Jeleniogórska, no sudoeste da Polônia, encontraram dados discordantes em relação aos aqui encontrados, pois metade das mulheres entrevistadas trabalhavam (50,0% contra 19,0% dos homens) e, o grupo de homens, recebia mais benefícios em decorrência do desemprego (50,0% contra 18,4% das mulheres).

No estudo de Hu et al. (2012), realizado em Payatas, na cidade de Quezon nas Filipinas, quase todas as mulheres participantes trabalhavam no setor informal (N = 7), como catadoras de lixo, e apenas duas mulheres trabalhavam no setor formal antes de contrair a TB. As mulheres com emprego formal relataram ter mais dificuldades em aderir ao tratamento, por medo de perder o emprego, o que também foi corroborado por Bhagat e Gattani (2010). Entretanto, há que se apontar achados de estudos que apontam que homens e mulheres em situação de desemprego têm mais dificuldade em aderir ao tratamento (Bergel, Gouveia, 2005; Mishra et al., 2005).

Quanto à remuneração pelo trabalho, identificou-se, no presente estudo, que todos os homens recebiam pagamento, mas nem todas as mulheres disseram receber remuneração, o que pode configurar situação econômica mais precária destas últimas. Já na contribuição das despesas de casa, os homens disseram contribuir financeiramente mais do que as mulheres. O número de pessoas que contribuem para as despesas do domicílio, tanto no grupo dos homens como das mulheres, foi em média de uma a duas pessoas.

Já se sabe que a TB é determinada pelas condições de vida do indivíduo, o que contribui para o aumento da vulnerabilidade social. Alguns estudos têm relatado que as más condições de vida são particularmente mais precárias entre as mulheres, que também tem menor acesso a recursos econômicos. Quando conseguem integrar o setor formal, exercem funções mais subalternas do que os homens, apontando-se que tais elementos contribuem para dificultar o acesso das mulheres ao diagnóstico e a aderir ao tratamento (Long et al., 2001; Toledo, 2008; Onifade et al., 2010).

Ao longo do tempo, tradicionalmente, os homens contribuem para as despesas domésticas, e o controle dos recursos materiais da família deve ser de sua responsabilidade,

sendo essa uma realidade socialmente construída (Biroli, 2014). Dessa forma, o adoecimento pode causar importante ônus econômico para a família, pois em muitas situações há que deixar o emprego pela debilidade causada pela doença. Alguns estudos reafirmam que a situação econômica influencia na adesão ao tratamento e isto ocorre de forma diferente quando o doente é homem ou mulher (Johansson et al., 2000; Long et al., 2001; Onifade et al., 2010; Chikovore et al., 2014).

As relações sociais que determinam diferenças de gênero também podem ser percebidas nas horas trabalhadas nas atividades domiciliares e fora delas. No presente estudo, as mulheres despendiam mais horas nas atividades domésticas do que os homens; já fora do domicílio, os homens tinham mais tempo consumido. Não se pode afirmar como tal questão influencia na adesão de homens e mulheres ao tratamento da tuberculose, entretanto, reafirma-se realidade condicionada socialmente ao gênero (Kergoat, 1996; Toledo, 2008; Biroli, 2014; Herrero et al., 2015).

No perfil das características clínicas, especificamente quanto ao tipo de tuberculose e situação de tratamento, mas também em relação ao acesso ao serviço de saúde, comparando-se homens e mulheres, não se verificou diferença. Em relação a este último, os dois grupos foram auxiliados, prioritariamente, em serviços da Estratégia Saúde da Família, mas é importante destacar que muitas mulheres também foram acompanhadas pelo Ambulatório de Referência de Tuberculose. A descentralização da assistência da TB para a Atenção Primária à Saúde (APS) foi preconizada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose com o intuito de aumentar o acesso ao serviço de saúde, além de aprofundar o vínculo, a adesão ao tratamento, o diagnóstico precoce, a cura e, com isso, a diminuição da incidência da doença (Bertolozzi, 2005; Andrade et al., 2017; PERI et al., 2018).

O fato das mulheres terem sido acompanhadas junto ao Ambulatório de Referência não constitui diferença de gênero, uma vez que os serviços de saúde têm como pilar a universalização da assistência, o que pode diferir de culturas de outras sociedades, em que as mulheres podem, em tese, escolher serviços alternativos, em decorrência da desigualdade de gênero, o que pode afetar a adesão ao tratamento (Johansson et al., 2000; Belo et al., 2010; Mason et al., 2016). No estudo de revisão, realizado por Mason e colaboradores, identificou-se que, em alguns países, como no Vietnã, os homens procuram serviços que não integram o programa de controle da TB, por acreditar que o acesso é mais fácil, o que pode gerar risco de não receber tratamento adequado (Mason et al., 2016).

Voltando ao presente estudo, a forma clínica predominante, para ambos os grupos, foi a pulmonar, sem diferença estatística significativa, mesmo que um número expressivo de mulheres tenha apresentado a forma extrapulmonar. Como já foi discutido anteriormente, a forma pulmonar é responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença e é a forma prevalente entre homens e mulheres (Belo et al., 2010; Souza et al., 2018; Assefa et al., 2019).

Também não se verificou diferença estatística significativa, entre ambos os grupos, em relação à situação de encerramento, mas é importante ressaltar que homens tiveram percentual de abandono superior ao recomendado pela OMS: menor que 5% de abandono, o que corrobora os achados de estudos realizados no Brasil e em outros países, que evidenciam que os homens têm apresentado elevadas taxas de abandono (Chikovore et al., 2014; Soares et al., 2017; Viana, Redner, Ramos, 2018; Myers et al., 2018).

5.2.2 Os depoimentos de mulheres e homens com tuberculose

A segunda parte da Etapa 2, consistiu na interpretação dos depoimentos de mulheres e homens. Tal análise fez surgir categorias e subcategorias que evidenciam uma relação entre si e, ao mesmo tempo, evidencia a influência que o gênero pode exercer na adesão ao tratamento. A TB também é resultado da forma como a sociedade se organiza; assim, aderir ao tratamento não pode ser compreendido apenas como uma decisão individual, na medida em que perpassa uma série de aspectos da vida social do sujeito. Este, em um contexto histórico, cultural, econômico e social, que determina distintos contextos de vulnerabilidades, desempenha papéis específicos, o que pode influenciar no comportamento no processo saúde-doença (Scott, 1989; Bertolozzi, 1998).

Assim, com o intuito apenas didático, as categorias que emergiram dos depoimentos dos sujeitos: gênero e tuberculose; processo saúde-doença; e elementos mediadores do tratamento, serão discutidas separadamente.

5.2.3 Categoria I - Gênero e tuberculose

A categoria gênero é marcada por desigualdades sociais entre mulheres e homens e permeada por relações de poder. Assim impacta de maneira negativa na igualdade aos direitos humanos, nos processos de reprodução social traduzidos nos modos de vida desses indivíduos. A igualdade pode ser pensada, aqui, enquanto um direito fundamental, no sentido de considerar que os indivíduos são (e devem) ter os seus direitos assegurados, para além do gênero. Assim como Miguel e Biroli (2014), Ávila (2005) propõe pensar nas demandas sobre igualdade

enquanto uma luta coletiva, sem um projeto inteiramente construído pelos e para os homens. Na contramão de um sujeito universal, a política de igualdade deve refletir uma multiplicidade de sujeitos, com diferentes trajetórias e narrativas. Assim, coloca-se a relevância das lutas das mulheres pela liberdade no acesso ao mundo do trabalho, na participação na política e na educação (Ávila, 2005; Miguel, Biroli, 2014).

Neste contexto, buscou-se entender, nos depoimentos de mulheres e homens, como percebem seus papéis na família, suas atividades e o “ser” homem ou mulher e ter tuberculose, e o que esse universo pode influenciar na adesão desses sujeitos ao tratamento.

Em relação à percepção que desempenham na família, pôde-se perceber que os entrevistados apresentaram interpretações distintas, mas há que se ponderar que tais papéis se evidenciam naturalizados, pois já era previsto o que uma mulher ou homem deve fazer no seio da família. As mulheres se colocaram como cuidadoras dos demais membros da família, donas de casa e, em algumas situações, como o centro da família, assumindo também o papel de provedora, quando da ausência da figura masculina. Já os homens se colocaram, em alguns momentos, como: colaboradores das atividades domésticas, o que os tornavam bons filhos, maridos ou irmãos; entretanto, o papel central era o de provedor, responsável pela manutenção da sobrevivência da família e de reprodutor.

Percebe-se os discursos dos sujeitos da presente pesquisa evidenciam o reforço às relações impostas socialmente aos gêneros e que, muitas vezes, acabam por se naturalizar. Para Biroli e Miguel (2014), para se compreender os papéis desempenhados pelos indivíduos dos diferentes gêneros é importante compreender que, ao longo do tempo, os espaços ocupados pelo grupo de homens e mulheres foram diferentes, estando o privado reservado às mulheres e o público aos homens. A inserção – por vezes, tida como obrigatória – das mulheres, no espaço do lar, sendo reconhecidas como “donas de casa”, acabou por anular seus desejos, impossibilitando ocupações/presença nos espaços públicos, na política, no mercado de trabalho, por vezes, prejudicando sua autonomia, com reflexo para o seu autocuidado em relação à própria saúde.

As mulheres, no Brasil, apesar de obterem muitas conquistas no setor público, ainda sofrem com a prevalência da desigualdade de gênero que as mantém em condições subalternas. Essa diferença é alimentada pela divisão sexual do trabalho, como visto nos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), no quarto semestre de 2018, em que 52,1% das mulheres encontravam-se desocupadas, em relação à 47,9% de homens (IBGE, 2018). Isso pode caracterizar a predominância das mulheres em atividades domésticas e a

subvalorização, uma vez que não é quantificada esta ocupação no cálculo da riqueza social produzida, apesar de ser essa uma tarefa responsável pela construção do viver (Hirata, Kergoat, 2007; Duarte et al., 2015).

Esses dados corroboram os achados da presente pesquisa que, no momento das entrevistas aplicadas, as mulheres com TB relataram uma série de atividades que desempenhavam em seus lares. Embora não falassem de maneira clara e objetiva, parecem ter expressado que estavam impossibilitadas de conciliar o trabalho doméstico com outras atividades externas, e que, diante da quantidade de responsabilidades, inclusive a de autocuidado básico com a doença, seria laborioso pensar em outras possibilidades de trabalhos.

O modelo de masculinidade tradicional foi reformulado e estudado, na década de 70, utilizando-se da perspectiva social e/ou relacional de gênero. Essa discussão segue um percurso, transpassando o debate feminista e se centraliza no determinismo social e biológico que vem preconizando, ao longo da história, os papéis do feminino e do masculino (Araújo, 2005). No caso dos homens, o seu papel social no âmbito privado, como chefe da família, é manter e garantir a sobrevivência dos demais e nas decisões ideológicas familiares, através da mediação feminina, tomar a decisão final, sem deixar de ser um sujeito “forte” e “corajoso” (Freitas et al., 2009). Para Silva (2012), a desigualdade entre os gêneros diminuirá com o abandono desse estereótipo estabelecido em torno dos sexos masculino e feminino e da dualidade que caracteriza homens e mulheres como: “fortes” e “fracos”; “emotivos” e “racionais”; “autônomos” e “dependentes”; “inteligentes” e “capazes”.

A disparidade de gênero é notada na epidemia da TB mundialmente, e entre os vários fatores que levam a esta realidade, encontram-se as diferenças sócio-culturais-econômicas entre os gêneros. O papel desempenhado pelas mulheres, em algumas culturas, que lhes tolhe a autonomia, reduz sua acessibilidade aos serviços médicos, com repercussões na adesão ao tratamento da TB. Por outro lado, os papéis exigidos socialmente aos homens podem aumentar o contato social, deixando-os mais expostos ao bacilo e, quando diagnosticados com a doença, podem sentir-se frágeis. A mudança da rotina, em decorrência da doença, pode acarretar prejuízos financeiros a eles e a toda a família, com repercussões para a adesão ao tratamento. De fato, alguns estudos relatam que os papéis de gênero feminino e masculino podem influenciar os pacientes na adesão ao tratamento (Johansson et al., 2000; Wang et al., 2008; Hu et al., 2011; Dogar et al., 2012; Feng et al., 2012; Chikovore et al., 2014). Nesta perspectiva, esses dados corroboram o presente estudo.

A divisão de tarefas foi outro tema que surgiu nos depoimentos dos entrevistados e caracteriza a categoria gênero e TB, apresentando-se muito associada à percepção dos sujeitos sobre o seu papel na família. Para as mulheres, essa divisão não existe, pois podem entender como obrigação o cuidado doméstico, deixando-o aos homens tais tarefas, somente em caso em que não se sintam cansados, situação em que podem, portanto, “ajudar”. No caso daquelas que trabalham fora do lar, mulheres também acreditam ser responsabilidade própria as atividades domésticas. Percebeu-se, ainda, que as que romperam com essa “naturalização”, sofreram preconceito por parte dos parentes e amigos. Com relação à TB, para elas, a doença apenas diminuiu a disposição, mas não as impediu de realizar suas funções, entendendo que, caso deixassem de cumprir com esse “dever”, o equilíbrio familiar poderia ser rompido. Já os homens, alguns relataram não realizar atividades domésticas, limitando-se ao trabalho externo, mas houve aqueles que afirmaram dividir as tarefas igualmente; mesmo assim, nesse caso, deixam claro o entendimento de que, socialmente, essa é uma atividade feminina, com base na interpretação de que há tarefas de homens e outras de mulheres. Destaca-se que foram encontradas manifestações de homens que sofreram preconceito, por serem responsáveis pelo lar, enquanto suas companheiras trabalhavam fora.

Os papéis de dedicação prioritária à vida doméstica e aos familiares, relatados pelas mulheres na presente pesquisa são, segundo Scott (1989), uma concepção construída histórica e socialmente. Para Biroli (2014), esse estereótipo de gênero feminino, acaba por se naturalizar e ser distintivo; comportamentos contrários a esse padrão seriam desvios e, portanto, desvalorizados. Assim, muitas mulheres valorizam a entidade familiar para manter a esfera privada, o que pode comprometer a sua identidade individual.

Essa realidade também expressa nas falas das mulheres deste estudo é reiterada em outros artigos que tratam da relação de gênero e TB. Observou-se que a concepção de responsabilidade sobre a guarda da família ainda predomina, principalmente entre as que exercem funções de “dona de casa” e “provedora”. Estas fizeram com que adiassem a busca pelo diagnóstico da TB, com receio de ter de se afastar do núcleo familiar e de que os membros da família ficassem sem o indivíduo que zela por todos, com repercussões no orçamento doméstico, e consequências na adesão ao tratamento (Johansson et al., 2000; Atre et al., 2004; Hu et al., 2012; Chikovore et al. 2014; Villa Vélez, Arbelaez Montoya, 2015).

Por outro lado, em outras situações, elas demonstraram preocupação em relação à manutenção das atividades no lar e à manutenção das finanças da família, o que determinou que

procurassem assistência de saúde mais rápido e tivessem o desejo de cura para voltar a cuidar dos familiares (Hu et al., 2012).

Apesar dessa constância de resultados, em que as mulheres assumem os papéis de donas de casa e os homens de responsáveis pelas finanças do lar, há estudos que trazem resultados distintos, como o de Polanska et al. (2015), desenvolvido na cidade de Kowary na Polônia. Os resultados evidenciam diferenças no perfil sociodemográfico entre homens e mulheres. Nesse estudo, os pesquisadores observaram que os indivíduos que trabalhavam eram, em sua maioria, mulheres (50,0%), enquanto que apenas 19,0% dos homens trabalhavam e que havia mais pacientes do sexo masculino (50,0%) que tinham direito a algum tipo de benefício financeiro do que as mulheres (18,4%).

Dessa forma, infere-se que as relações de gênero e as divisões das tarefas influenciam os cuidados com a saúde, com repercussões na adesão ao tratamento, mas ainda não se pode generalizar tal suposição.

Em se tratando de ser mulher ou homem e ter sido acometido(a) com TB, esta pesquisa teve como objetivo saber se os doentes haviam se comportado de modo diferente, a depender das relações de gênero. Ainda que muitos podem não ter compreendido a pergunta, apesar de ter sido explicada em todas as ocasiões em que houve necessidade, entende-se que a lacuna de compreensão pode estar posta em acreditar no que está socialmente naturalizado, ou seja, que mulheres e homens são diferentes e devem ter papéis e espaços diferentes na sociedade. Apesar de alguns sujeitos de ambos os grupos terem dito que não há relação entre ser homem ou mulher e ter a TB, com o mesmo efeito sobre suas vidas, foi possível interpretar alguns indícios dessa diferença em seus depoimentos.

No grupo das mulheres, algumas se colocaram como indefesas e mais propícias ao adoecimento, outras se consideraram corajosas por enfrentar uma doença tão grave. Entretanto, houve aquelas que relataram o fato de a doença ter retirado toda a sua vontade de viver, pois as deixaram muito debilitadas e sem forças. Algumas acreditavam que a TB era uma punição divina. Já para os homens, enfrentar a doença só foi possível pelo cuidado recebido, ressaltando-se ter este sido sempre concretizado por uma figura feminina, o que reforça o que já foi discutido anteriormente, sobre a importância do apoio para o enfrentamento da doença e a dimensão de cuidadora das mulheres.

O estudo de Chikovore et al. (2014), realizado na cidade de Blantyre, no Malawi, discute a relação entre a masculinidade e a TB. Para os autores, a doença pode interferir na percepção

das pessoas sobre sua masculinidade, ao precisar exibir publicamente o estoicismo, não demonstrando sofrimento, debilidade ou fragilidade fora de casa; entretanto, no ambiente privado recorriam aos cuidados das mulheres. Eles acreditavam também ser mais fortes para enfrentar a doença do que as mulheres, concepção baseada em sua natural estrutura física. Devido a esses pensamentos, muitos homens retardaram a procura de cuidados à saúde, com consequências na adesão ao tratamento.

Já no estudo de Khan (2012), sobre aspectos de gênero na TB, em favelas de Delhi, Índia, através de uma análise interseccional de entrevistas em grupo, problematizou-se o fato de ser mulher e ter TB. A autora afirma que a TB estigmatiza homens e mulheres, mas ao analisar as diferenças de gênero, conclui que a doença causa mais danos às mulheres.

Outros estudos nacionais e internacionais corroboram os achados do presente estudo em relação às diferenças na vivência do processo saúde-doença, na perspectiva de homens e de mulheres (Liefoghe et al., 1995; Long et al., 2001; Atre et al., 2004; Onifade et al., 2010; Sá et al., 2012; Shah, Dogar, Siddiqi, 2015).

Em tese, pôde-se perceber, nos depoimentos das mulheres e dos homens, que há relação entre a categoria de gênero e o enfrentamento da TB. Em que pese a dificuldade de entendimento da questão realizada na entrevista foi possível compreender que a organização social determina as relações de gênero, concretizadas na reprodução social, onde os sujeitos estabelecem suas experiências existenciais de forma plural. Estes condicionantes marcam mulheres e homens por suas específicas inserções em grupos sociais, o que, por sua vez, determina sua compreensão de mundo e modula o enfrentamento do processo saúde-doença. Assim, mulheres e homens com TB acabam por manter o estereótipo a eles imposto socialmente. E a doença os coloca em condição de vulnerabilidade, o que pode interferir no adiamento da procura por assistência e na adesão ao tratamento.

5.2.4 Categoria II- Processo saúde-doença

No que diz respeito ao conhecimento da enfermidade, as mulheres apresentaram menos conhecimento sobre a doença do que os homens, mas não se pode dizer que é algo relativo ao gênero. Mas, é importante destacar que esse dado pode expressar uma condição de maior vulnerabilidade ao adoecimento. Algumas mulheres nunca haviam ouvido falar sobre a doença, anteriormente à vivência própria; as que já tinham informações, estas eram básicas, como por exemplo, em relação ao fato de que pode ser transmitida de pessoa a pessoa. A maioria das mulheres obteve informações através de amigos ou de parente acometido pela doença. Para

elas, o fato de passarem a ter conhecimento sobre a doença e, principalmente, que era passível de cura, diminuiu o estigma da doença.

Já os homens, apesar de antes do adoecimento terem tido alguma informação sobre a TB, não raro os deixava confusos quanto à forma de transmissão, mas tinham a compreensão sobre o quão grave pode ser a doença. Para eles, o local de trabalho e a situação de encarceramento foram apontados como a fonte de contágio. Assim como as mulheres, eles reforçaram que entender o processo de adoecimento da TB diminuía o estigma.

Vários estudos sobre tuberculose e alguns que a problematizam na perspectiva de gênero, enfatizam que a falta de conhecimento sobre a doença pode dificultar uma atitude positiva diante dos cuidados de saúde, como em relação à identificação da sintomatologia, à procura por assistência e à adesão ao tratamento (Irani, Kabalimu, Kasesela, 2007; Costa, Sardenberg, 2008; Wang et al., 2008; Chirinos et al., 2017; Sá et al., 2017). No estudo realizado por Wang (2011), que foi realizado em uma área rural da China, os autores também encontraram que as mulheres tinham menos conhecimento sobre a doença do que os homens.

Um trabalho desenvolvido nas favelas de Delhi, Índia, também identificou que, em muitas situações, o conhecimento das mulheres sobre a doença é adquirido através de amigos ou parentes. O estudo traz histórias de mulheres que relatam sobre a tuberculose, relacionando-a ao ambiente precário e às condições insalubres. Diante de uma realidade em que as mulheres não têm compreensão sobre a doença, revelam dúvidas sobre a possibilidade de cura, apontam desconfiança em relação à medicina, além de afirmar que o estigma dificulta o enfrentamento da doença. Entre as histórias, uma jovem conta as dificuldades enfrentadas para realizar o diagnóstico da doença e que foi através de uma amiga que ao saber sobre sua sintomatologia mencionou a existência da TB (Khan, 2012).

Não compreender como ocorre o processo de transmissão da doença e que tem cura, pode fortalecer o preconceito em torno da doença e pode dificultar a adesão de mulheres e de homens ao tratamento. Como anteriormente já foi enfatizado, outros estudos corroboram essa afirmação (Queiroz, 2008; Karim et al., 2011; Biagolini, 2015; Freitas et al., 2016).

Como dito anteriormente, para os homens, o local de trabalho foi tido como o local de contágio. Outros estudos também relatam a preocupação que os homens têm sobre o ambiente de trabalho e acreditam que é esse espaço onde está o foco da doença. Em alguns estudos, os homens transcendem o entendimento sobre o ambiente, atribuindo a TB à atividade que

realizam no trabalho, entendendo que o esforço físico debilita seus corpos, com consequências para o processo saúde-doença (Karim et al., 2011; Biagolini, 2015).

Algumas mulheres, mesmo já realizando o tratamento, acreditavam que a doença surgia da complicação de outra, a exemplo da pneumonia; ou que era transmitida de uma geração familiar a outra. Não raro mencionaram que a TB tinha causa viral e esta também foi uma percepção relatada entre homens. A falta de informação e concepções equivocadas podem tornar as pessoas mais vulneráveis ao adoecimento e dificultar a adesão ao tratamento. Os estudos de Long et al. (1999), Vendramini et al. (2005), Queiroz (2008) e de Queiroz e Nogueira (2010) também apontam a concepção de mulheres sobre o caráter de hereditariedade da doença. Muitas dessas mulheres não percebem a suscetibilidade à TB, acreditando que está ligada à traços genéticos; ou ainda, outras à associam a uma doença mal curada, o que pode repercutir na possibilidade de prevenção e proteção.

Já o estudo de Karim et al. (2011), realizado em Bangladesh rural, apresenta a diferença de percepção de mulheres e homens sobre a causa da doença, e traz outros elementos não encontrados no presente estudo. No estudo, as mulheres descreveram mais as causas da doença do que os homens e acreditam que pode ser transmitida através do contato com objetos de uso do paciente, mas também por relação sexual, pela falta de higiene, em decorrência do clima e dos consequentes resfriados, além de que a doença é mais comum em pessoas mais pobres.

A carência de conhecimento sobre a TB tem sido uma barreira para mulheres e homens identificarem sinais e sintomas iniciais, buscarem o diagnóstico e aderirem ao tratamento. Dessa forma, é importante buscar instrumentalizar as pessoas, por meio da educação em saúde, o que pode ajudar a fortalecer o controle da doença, evidentemente sem esquecer que a doença é socialmente determinada e, portanto, devem ser empregadas estratégias para a diminuição das desigualdades sociais. Nessa perspectiva, é que se entende que também serão minimizadas as diferenças de gênero.

Em relação aos sinais e sintomas iniciais, as mulheres destacaram a tosse seca e constante, além de febre associada a suor noturno, perda de peso e dor. Já para os homens, o sintoma preponderante foi a dor, associada, em alguns casos, à tosse, à febre e à perda de peso. Alguns estudos também apontam diferenças de gênero na identificação da sintomatologia da doença (Thorson, Hoa, Long, 2000; Long et al., 2001; Karim et al., 2011; Jurcev-Savicevic et al., 2013).

O estudo de Thorson, Hoa e Long (2000) analisou o comportamento de indivíduos com tosse em período maior do que três semanas, em relação à busca de assistência à saúde. Apesar de não terem encontrado diferença significativa na duração da tosse entre grupos de homens e mulheres, esse foi um sintoma muito citado por elas. Os autores enfatizam que a desigualdade entre os gêneros pode repercutir no acesso aos cuidados de saúde, ocasionando atrasos no diagnóstico da tuberculose em mulheres. De acordo com a pesquisa, desde o início da sintomatologia até a primeira visita a uma unidade hospitalar, o processo foi mais longo entre as mulheres.

Para Long et al. (1999), a gravidade da sintomatologia pode afetar a busca pela assistência, pois, geralmente, mulheres e homens esperam o seu agravamento para daí então recorrer ao serviço de saúde. Nesse estudo, identificou-se que, principalmente entre as mulheres, tosse, hemoptise, cansaço, dor torácica e anorexia estiveram associadas ao atraso na busca pelo diagnóstico.

Nos resultados do presente estudo, percebeu-se que ambos os grupos (mulheres e homens) não associaram a sintomatologia à TB, o que pode ser decorrente da falta de informação sobre a doença, fato também relatado por eles. Mesmo com a presença de sinais e sintomas, como citado anteriormente, eles demoraram a procura ao serviço de saúde. Esse fato corrobora outros estudos realizados no Brasil, e no âmbito internacional (Bertolozzi, 2005; Sá et al., 2012; Ferreira, 2014; Kumwenda et al., 2016; Ferreira et al., 2018).

Em se tratando da procura pelo diagnóstico, o que motivou homens e mulheres, além da piora dos sinais e sintomas, foi o incentivo de parentes e amigos. É importante ressaltar, pelos relatos, principalmente dos homens, que figuras femininas foram fundamentais na busca pela assistência à saúde.

A dificuldade de homens para decidir voluntariamente sobre a necessidade de cuidar da saúde e de buscar assistência relaciona-se ao gênero, e está posta na orientação de masculinidade, tradicionalmente recebida, que está atrelada a uma vigilância do seu comportamento, de suas emoções e sobre o seu próprio corpo, com repercussões em atitudes preventivas e promotoras da saúde (Botton, Cúnico, Strey, 2017).

A trajetória em busca do diagnóstico correto foi classificada pelos homens do presente estudo como angustiante e demorada, embora a maioria tenha respondido que o primeiro serviço que procuraram foi uma unidade hospitalar de urgência e emergência e poucos, serviços de atenção primária. Já as mulheres relataram ter procurado consultas com especialistas, a

depende da sintomatologia apresentada e, em muitos casos, passaram por diversas especialidades médicas. A identificação da sintomatologia, aliada à busca pelo serviço adequado para o diagnóstico da TB pelos pacientes pode auxiliar no diagnóstico precoce e contribuir para diminuir o sofrimento dos pacientes, com consequências importantes na adesão ao tratamento (Wang et al., 2008; Dantas et al., 2018; Yang et al., 2018). De fato, o atraso no diagnóstico é uma das causas da disseminação do bacilo de Koch e consequentemente do aumento da incidência (Jurcev-Savicevic et al., 2013; Cai et al., 2015; Cohen et al., 2018; Dantas et al., 2018; Peri et al., 2018).

Alguns estudos demonstram que os homens buscam, prioritariamente, unidades hospitalares como primeira opção (Queiroz, Nogueira, 2010; Dantas et al., 2018; Peri et al., 2018), o que pode decorrer das características do serviço e da disponibilidade de acesso, em relação aos dias da semana e horários.

Em uma metanálise, foram revisados os fatores correlacionados aos atrasos no diagnóstico e ao tratamento da TB na Ásia, tendo sido identificado, entre outros, que as diferenças relacionadas ao gênero têm aumentado o atraso na realização do diagnóstico e no tratamento de TB. Homens e mulheres procuram, inicialmente, serviços de saúde diferentes, a depender da cultura e da realidade de oferta de serviço de cada país e, apesar dos homens demorarem mais a procurar ajuda, as mulheres enfrentam mais desafios na busca pelo diagnóstico, o que pode decorrer de questões financeiras. Também é necessário apontar que as mulheres parecem apresentar maior sofrimento no que concerne ao estigma (Cai et al., 2015).

Ainda sobre a trajetória, os homens do presente estudo relataram que, após a procura do serviço de saúde, tiveram que permanecer internados e, em muitos casos, foram transferidos para outro hospital sem obter o diagnóstico correto, afirmando que os profissionais médicos chegaram a tratar outras patologias, sem ter como hipótese a TB. Já as mulheres passavam de um especialista a outro, também recebendo tratamento para outras patologias, inclusive uma neoplasia e tal situação foi descrita como uma peregrinação até obter o diagnóstico correto.

Vários estudos relatam que os desafios enfrentados para a obtenção do diagnóstico de TB estão associados às desigualdades de gênero. Em outros países, as barreiras financeiras afetaram mais as mulheres, dada sua situação prevalente de pobreza e, na maioria das vezes, dependentes. Mas, além disso, as mulheres procuram mais serviços de saúde privados do que homens, por preferirem consultas eletivas (Long et al., 2001; Jurcev-Savicevic et al., 2013; Yang et al., 2018). No presente estudo, alguns homens relataram confiar mais no serviço privado para fechar o diagnóstico.

Jurcev-Savicevic et al. (2013), em estudo realizado na Croácia, que tinha como objetivo, identificar a duração e os fatores relacionados ao atraso no tratamento da TB pelo sistema de saúde, verificou-se que os profissionais médicos ainda têm dificuldade em relação ao diagnóstico diferencial da TB. Assim, a falta de experiência em relação à TB resulta na demora do diagnóstico correto. Entretanto, os autores tentam justificar, ao reforçar que os médicos da atenção primária da Croácia recebiam um paciente portador de TB, a cada dois anos. Essa é uma realidade diferente do Brasil e, especificamente, de Campina Grande-PB, onde a TB tem apresentado alta prevalência ano após ano. Mesmo com a ressalva de alguns homens do presente estudo, que relataram ter procurado como primeiro serviço de saúde a atenção primária, verificou-se demora no diagnóstico correto.

Em se tratando da confirmação do diagnóstico, homens e mulheres passaram por diversos exames antes da confirmação da TB, e os exames que foram conclusivos para o diagnóstico, nos dois grupos, foram em maior destaque a biópsia, mas poucos relataram o raio-X e a baciloscopia.

Diferentemente do encontrado no presente estudo, a maioria das pesquisas ainda trazem a baciloscopia como o exame mais solicitado para a confirmação da TB (Miller et al., 2013; Chen et al., 2019). No Brasil, na maioria dos laboratórios do SUS, utiliza-se a baciloscopia direta convencional, que permanece como única opção para o diagnóstico da tuberculose pulmonar, por ser um exame de boa qualidade e de baixo custo. Alguns estudos que relacionam o gênero à TB constataram que as mulheres têm mais dificuldades para realizar esse exame, cujos motivos variam entre não apresentar a tosse e não produzir secreção suficiente para a realização do exame, além de consideraram o ato da obtenção do material, por meio do escarro como uma atitude masculina (Begum et al., 2001; Miller et al., 2013). Em relação aos dados encontrados no presente estudo, as mulheres apresentaram mais tosse do que os homens e a baciloscopia não foi o exame mais relatado entre os entrevistados.

Com relação aos sentimentos relacionados à TB, a busca pelo diagnóstico gerou aflição e angústia, segundo alguns homens. Tais sentimentos são intensificados com a confirmação da doença. Tanto as mulheres quanto os homens apontaram sentimentos negativos, como: medo, tristeza, desespero, pavor, surpresa e incerteza, bastante decorrentes de estigma e discriminação. Embora não tenha sido referido pelos sujeitos se os sentimentos tinham relação com o fato de ser mulher ou ser homem, o medo de sofrer preconceito pela doença para as mulheres relacionava-se à imagem que a família, amigos e a sociedade, possivelmente teriam delas. Tal situação também decorre da falta de informação sobre a enfermidade, dada a crença de que

peessoas com hábitos, moralmente e socialmente adequados não desenvolvem a TB, associando-a a marginalização social, à exemplo de profissionais do sexo, usuárias de drogas, entre outras condições. Os homens também relataram os mesmos sentimentos negativos e o medo de prejudicar a família, ao admitir a possibilidade de perda de emprego ou de dificuldades de inserção (e de reinserção) no sistema de trabalho.

Ressalta-se que esses sentimentos gerados pelo estigma também são consequência da falta de informação e de diferenças de gênero, tendo se apresentado como obstáculo para a adesão ao tratamento, o que é corroborado por Sá et al. (2012), Villa Vélez e Arbelaez Montoya (2015), van Hoorn et al. (2016), Crispim et al. (2017), Barua, Van Driel, Jansen (2018) e Ferreira et al. (2018).

No caso das mulheres de Bangladesh, conforme apresentado no estudo de Barua, Van Driel, Jansen (2018), os sentimentos apresentavam relação com a diferença de gênero, porque a enfermidade as limitava no cumprimento de suas obrigações, pois quando não cumpriam normas relacionadas à sexualidade e à reprodução, muitas vezes, enfrentavam consequências, como o abandono; portanto, privavam-se de uma vida sexual ativa, de um relacionamento conjugal e da maternidade, e todas essas são consideradas barreiras para a adesão ao tratamento.

Alguns estudos trazem a ideia de que os sentimentos dos homens, relativos à doença, também são consequência da necessidade de manter a masculinidade intacta, na medida em que o medo provém da percepção de que outros podem considerá-los “débeis”, ou provém da percepção da descontinuidade do desempenho de seu papel de “homem da família”, o que pode resultar no ato de esconder a sintomatologia, mas também de buscar assistência para a obtenção do diagnóstico (Chikovore et al., 2015; Villa Vélez e Arbelaez Montoya, 2015). Para Chikovore et al. (2014), os homens caricaturavam sua demonstração de estoicismo enquanto sofriam privadamente, além dos muitos que abandonaram o tratamento na crença de que seu corpo era mais forte e, assim, não era necessário seguir as recomendações médicas, com prejuízo para a adesão ao tratamento.

Apesar desses sentimentos decorrerem de memórias e situações tidas como “ruins”, no presente estudo, mulheres e homens relataram ter comunicado familiares e amigos próximos sobre a situação de doença em que se encontravam, pois julgavam que o apoio seria importante para enfrentá-la. De toda forma, é importante destacar que as mulheres se sentiram mais constrangidas e com receio de sofrer preconceito ao revelar que eram portadoras de TB.

O apoio, psicológico e/ou financeiro do(a) companheiro(a), familiares, amigos e da equipe de saúde torna o percurso de enfrentamento da doença menos doloroso e contribui para a adesão ao tratamento, o que é corroborado em outros estudos (Ferreira, 2014; Silva et al., 2015; Silva et al., 2017; Barua, Van Driel, Jansen, 2018; Gyimah, Dako-Gyeke, 2019).

Retomando o estudo de Barua, Van Driel, Jansen (2018), verificou-se que as mulheres tiveram medo de contar sobre a doença à família e amigos. Mas as mulheres que disseram ter recebido o apoio de seus maridos e familiares, mantiveram uma posição mais forte na adesão ao tratamento do que as que foram isoladas ou rejeitadas, o que acarretou, em alguns casos, em abandono do tratamento. No estudo de Chikovore et al. (2015), os homens recorreram à figura da mãe, irmã ou esposa, para ter apoio e auxílio no tratamento da doença, dados que coincidentes com o presente estudo.

Com relação às mudanças na vida, impostas pela doença, no grupo das mulheres, ocorreram no convívio com as pessoas, não raro gerando isolamento social, às vezes imposto e em outras por escolha própria; além de terem sido apontadas mudanças em atividades da vida diária, como em relação aos estudos e atividades domésticas. Já os homens relataram a impossibilidade de trabalhar, assim como o isolamento social. Entretanto, também foram apontadas relataram mudanças que podem ser consideradas positivas, a exemplo da cessação de certos hábitos como beber, fumar e usar drogas ilícitas. De fato, pôde-se perceber que a doença tende a mudar a rotina da família, no momento que interfere no desempenho de mulheres e homens junto ao núcleo familiar.

O diagnóstico da TB traz importantes impactos e mudanças na vida do paciente, em grande parte devido ao estigma e à necessidade de cumprir o plano terapêutico, além dos aspectos que já foram destacados anteriormente e esses achados são confirmados em outros estudos (Chirinos et al., 2017; Pan et al., 2018; Santos, Martins, 2018; Chen et al., 2019)

Na pesquisa de Johansson et al. (2000), realizada no Vietnã, o isolamento social foi um fenômeno também encontrado em ambos os grupos, seja o dos homens ou das mulheres. Os sujeitos levantaram questões, como o medo das consequências sociais da doença, isto é, o isolamento do indivíduo no interior da família e/ou isolamento da família na comunidade. Essa condição fragiliza o sujeito e dificulta a adesão ao tratamento e, apesar de ambos terem vivenciado o isolamento, as mulheres tendem a se sentir mais excluídas.

Os estudos de Long et al. (2001) também reforçam o medo e o isolamento social como consequências da tuberculose, assim como apontam que estes são mediados pelas

peculiaridades de gênero, afetando a adesão ao tratamento. No estudo, os homens eram os responsáveis pela renda e sobrevivência financeira da família e, após a doença, não mais conseguiam ter o mesmo vigor para o trabalho, perdendo, algumas vezes, o emprego, com repercussões nas condições socioeconômicas da família, que passa a vivenciar condições que promovem maior vulnerabilidade. Tal situação determina que a rotina de toda a família fosse mudada pela doença, o que corrobora os achados do presente estudo.

Entretanto, em algumas situações, apesar de os doentes terem o apoio dos/as companheiros/as e familiares no processo saúde-doença, alguns pacientes optam por isolar-se. Formas comuns de isolamento no interior da família concretizavam-se por meio da separação de utensílios domésticos, sendo que o lugar para dormir do paciente passou a localizar-se em área separada dos demais familiares. Dessa forma, o isolamento contribui para perpetuar o estigma.

Em síntese, pode-se identificar manifestações de gênero, como proposto por Joan Scott, por meio de elementos das relações sociais que representam relações de poder, naturalizadas e inquestionáveis. Tais relações colocam os sujeitos em posição social de desigualdade, com repercussões no processo saúde-doença, que se apresenta tanto biológico como social. As sociedades androcêntricas tem sido preponderantes ao longo da história da humanidade, e as culturas inferiorizam o gênero feminino (Scott, 1989; Fonseca, 2008).

Pôde-se perceber, nos depoimentos de mulheres e homens, a influência da categoria gênero no processo saúde-doença da TB, e sua interferência na adesão ao tratamento. Assim, as mulheres, apesar de terem maior nível de escolaridade, apresentaram menos conhecimento sobre a TB quando comparadas aos homens, e estes, por sua vez, apesar de parecerem compreender mais sobre a doença, tinham também informações, muitas vezes, equivocadas. A baixa informação dos sujeitos dos dois grupos interferiu na busca pelo diagnóstico, por não conseguirem associar os sinais e sintomas à enfermidade e buscar serviços de saúde que, não apropriados, levaram a uma demora exaustiva e angustiante até o diagnóstico correto. No que se refere às mulheres e aos homens, apesar de ambos terem apresentado um percurso demorado, percebeu-se que a maneira de sentir e de perceber o processo saúde-doença foi distinta, tendo em vista que, em muitas situações, foi possível identificar questões de gênero que mediarão o comportamento dos sujeitos.

5.2.5 Categoria III - Elementos que condicionam o tratamento

A partir da análise dos discursos dos homens e mulheres pesquisados, foi possível observar elementos considerados facilitadores, bem como dificuldades para enfrentar a doença e aderir ao tratamento.

Em relação às facilidades para realizar o tratamento, constatou-se, nos depoimentos das mulheres, o vínculo com os profissionais de saúde, geralmente construído a partir do tratamento diretamente observado, da visita domiciliária, das orientações oferecidas pela equipe que ajudaram a dirimir dúvidas e a desmistificar a doença. Mas, também se verificou como elemento facilitador e, a gratuidade do tratamento. O apoio psicológico e financeiro de familiares e amigos e a crença religiosa foram outros elementos citados, e que as fortaleceram na caminhada rumo à cura da doença. Todos esses elementos também foram descritos pelos homens, sendo que estes também apontaram a localização geográfica do serviço de saúde, que facilitou o acesso e diminuiu os gastos com o transporte.

Estes aspectos apontados por mulheres e homens como facilitadores podem ser apreendidos como recursos que fortalecem os indivíduos, independentemente do sexo, e contribuíram para a adesão ao tratamento e para percorrer o árduo caminho em busca da cura.

A linha de cuidado para os pacientes com TB, preconizada pelo MS, é pautada nas diretrizes de acolhimento, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), com assistência continuada e de qualidade, além de prever a instauração de vínculo profissional-paciente, com a finalidade de facilitar o acesso ao serviço e a adesão ao tratamento. Assim, o vínculo é tido como um forte elemento de fortalecimento, relatado pelos doentes, e que contribui para a adesão ao tratamento, conforme os achados deste estudo e de outros (Souza et al., 2010; Galavote et al., 2015; Andrade et al., 2016; Furlan, Santos Junior, Marcon, 2017; Ferreira et al., 2018).

Furlan, Santos Junior, Marcon (2017) confirmam que o vínculo entre os profissionais de saúde e os pacientes pode ser compreendido como facilitador na adesão ao tratamento da doença. Os pesquisadores afirmam que o vínculo estabelecido entre os envolvidos permite que o paciente se sinta acolhido, o que reflete em confiança no trabalho realizado e no interesse pela busca por respostas que, com o auxílio dos profissionais, podem ser sanadas. Assim, corrobora a presente pesquisa, em que os esclarecimentos sobre o processo saúde-doença foram tidos como aspecto fortalecedor para os pacientes seguirem com o tratamento em busca da possível cura.

Como apresentado na análise dos depoimentos, as mulheres apresentaram menos conhecimento que os homens sobre a TB, e quando descrevem os facilitadores do tratamento, reforçam a importância de entender a doença e o plano terapêutico, o que também esteve presente nos discursos de alguns homens. Os serviços de saúde podem lançar mão da educação em saúde para desmistificar a TB. A conscientização a respeito do processo saúde-doença também pode proporcionar condições para que o cidadão seja autor de mudança no seu autocuidado e, com isso, contribuir no processo do tratamento. Tais achados são corroborados por outros estudos, a exemplo de Queiroz e Nogueira (2010), Sá et al. (2012), Chikovore et al. (2014) e Barua, Van Driel, Jansen (2018).

Em se tratando do TDO, que também foi citado como fortalecedor, pelos sujeitos de ambos os grupos, ressalta-se que essa estratégia foi preconizada pela Organização Mundial de Saúde em 1993, sendo válida para todos os países-membros. A estratégia tem o intuito de promover o cuidado integral e contribuir para eliminação da doença, responsabilizando todos os atores, profissional de saúde, governo e comunidade sobre o processo de tratamento e sobre a adesão ao tratamento. É um elemento facilitador para a adesão ao tratamento, pois constitui-se em uma ferramenta de vínculo entre o profissional e o paciente, possibilitando a autonomia e a emancipação do sujeito portador da doença, de maneira com que ele/ela se sinta corresponsável pelo tratamento. Muitos estudos têm demonstrado a eficácia dessa modalidade de tratamento em relação à adesão, corroborado os resultados do presente estudo (Bertolozzi, 2005; Queiroz, Nogueira, 2010; Sá et al., 2012; Andrade et al., 2017; Furlan, Santos Junior, Marcon, 2017; Pinheiro et al., 2017; Diallo et al., 2018; Gyiman, Dako-Gyeke, 2019).

Entretanto, mesmo por meio do TDO, o controle da TB ainda não foi possível. Assim, em 2017, a OMS atualizou as diretrizes para o tratamento, preconizando que a Estratégia deve ser associada a outras ações para a promoção da adesão ao tratamento, por exemplo, a visita domiciliária, proporcionar apoio psicológico, instrumentalizar para a educação em saúde do paciente e dispor de educação permanente para a equipe (WHO, 2017; Gyiman, Dako-Gyeke, 2019). A visita domiciliária oportuniza a detecção de outras necessidades de saúde, o que é fundamental na adesão ao tratamento, o que também é confirmado por Vendramini et al. (2002), Clementino e Miranda (2015) e Furlan e Marcon (2017).

Outros elementos que fortaleceram a adesão e relatados por mulheres e homens do presente estudo foram as visitas domiciliárias, que também contribuem para promover a construção de vínculo, além da gratuidade do tratamento, o que alguns sujeitos desconheciam antes de iniciar o tratamento.

No estudo de Gyiman e Dako-Gyeke (2019), realizado em Accra Metropolis, Gana, também se verificou, nos discursos de homens, que o apoio dos profissionais contribuiu para a reversão de certos hábitos, como tabagismo e o consumo excessivo de álcool, o que contribuiu para a conclusão do tratamento. Além disso, outro aspecto positivo, relatado pelos sujeitos da pesquisa, foi a distribuição gratuita do medicamento, fator-chave para a adesão ao tratamento. O estudo de Hu et al. (2011) também traz em evidência o relato de mulheres das Filipinas que desconheciam a gratuidade do tratamento, apontando que a demora para realizar o tratamento residia no fato de não terem condições financeiras.

O apoio também apareceu nos depoimentos como fortalecedor da adesão, e esse é um elemento que já foi discutido anteriormente no presente estudo. Mas, alguns estudos trazem a importância do apoio de familiares e amigos, nas atividades da vida diária, no suporte emocional e financeiro, o que contribui para diminuir os desgastes causados pela doença e estimular o paciente a aderir ao tratamento e, com isso, melhorar as taxas de cura (Ferreira, 2014; van Hoorn et al., 2016; Gyiman, Dako-Gyeke, 2019).

Alguns estudos, como o de Chikovore et al. (2014), Hu et al. (2014), Barua, Van Driel, Jansen (2018) e Yang et al. (2018), que trazem elementos que ajudam a elucidar a influência do gênero na TB, também apontam a importância do apoio para mulheres e homens. Elas, em algumas culturas, só esperam não ser rejeitadas pela família por ter TB; já os homens esperam que as mães e/ou esposas, os apoiem, cuidando de sua alimentação, acompanhando-os nas consultas e ajudando a lembrar sobre o horário da medicação, sem contar o necessário apoio financeiro, dos serviços e/ou por parte do governo.

O acesso geográfico foi citado na presente pesquisa pelos homens, como facilitador do tratamento. Yang et al. (2018) identificaram achados que corroboram os resultados do presente estudo, ao apontar que a distância física foi um fator de atraso para o diagnóstico mais para as mulheres do que para os homens, e que os horários e locais mais flexíveis para os serviços de TB diminuía as barreiras de acesso, segundo os homens participantes.

Além dos fatores que fortaleceram as mulheres e os homens desta presente pesquisa, também foram identificados, em seus depoimentos, elementos que representam dificuldades para enfrentar o tratamento.

Alguns itens foram levantados por sujeitos dos dois grupos, a exemplo de reações adversas da medicação e falta de medicação na unidade de saúde. Percebeu-se, nas falas das mulheres, também outros aspectos, como o tamanho do comprimido e a debilidade física. E,

nos depoimentos dos homens, a demora para iniciar o tratamento, o tempo de tratamento, a burocracia para receber a medicação, a demora para receber o tratamento supervisionado no dia-a-dia e a ruptura de alguns hábitos, como fumar e beber, além de dificuldades financeiras em consequência da perda do trabalho e dificuldade para conseguir benefício social.

Os efeitos colaterais da medicação estão relacionados à dose tomada, horário da tomada, idade do paciente, nutrição, etilismo, estado hepático e renal e coinfeção com HIV (Queiroz, Nogueira, 2010). No presente estudo, somente um dos sujeitos do sexo masculino não suportou as reações e resolveu suspender a tomada da medicação.

Retomando o estudo nacional de Queiroz e Nogueira (2010), realizado no Município de São Paulo, que trabalhou a diferença da adesão entre os sexos, os autores identificaram que uma das barreiras citadas, por mulheres e homens, também foi o efeito colateral decorrente da medicação. Já Villa Vélez e Arbelaéz Montoya (2015) identificaram que as mulheres tinham mais dificuldade na tomada da medicação e ambos os grupos faziam uso de outras drogas na tentativa de diminuir as reações.

É importante que os profissionais de saúde informem sobre os possíveis efeitos adversos, uma vez que se constitui em barreira para a adesão de mulheres e homens ao tratamento da TB (Furlan, Marcon, 2017; Pinheiro et al., 2017; Yang et al., 2018).

A respeito das outras dificuldades apresentadas, como o atraso na entrega da medicação, comum a homens e mulheres e a demora para iniciar o tratamento, além da burocracia para receber a medicação e a espera para a tomada supervisionada da medicação, estes últimos relatados pelos homens, entende-se que se relacionam ao acesso ao tratamento e, quando não garantidos, podem dificultar a adesão. Para Furlan e Marcon (2017), o acesso ao tratamento é um dos pontos organizacionais que deve ser constantemente avaliado, pois pode influenciar no diagnóstico e no tratamento do paciente.

A demora para o início do tratamento, assim como sua duração foram questões levantadas pelos homens, e estão relacionadas à desmotivação para realizar o tratamento, sendo que em relação ao longo período de tratamento, foi um dos motivos que levou um dos participantes a abandoná-lo, por se sentir melhor após alguns meses.

Estudos internacionais relacionados às diferenças de gênero e TB, trazem as dificuldades que mulheres e homens têm enfrentado para conseguir o diagnóstico e iniciar o tratamento da TB. Alguns estudos apontam que as mulheres sofrem mais barreiras do que os homens para iniciar o tratamento e dar continuidade até a cura, como no estudo de Onifade et

al. (2010), de Sendagire et al. (2010), de Krishnan et al. (2014) e de Yang et al. (2018). Contudo, como visto nos estudos de Chikovore et al. (2014, 2015) os homens parecem apresentar mais dificuldade de se adequar ao plano terapêutico durante o tempo preconizado e de mudar seus hábitos do que as mulheres. A explicação para tal achado está posta na crença de que os homens são mais fortes, e tentam manter sua masculinidade e estoicismo. Ocupando eles a função de provedor da família, a preocupação em não conseguir responder a essa necessidade, em decorrência da doença também foi entendida como uma barreira para a adesão ao tratamento da TB.

Assim, percebe-se que, no presente estudo, apesar de haver elementos que facilitam e dificultam a adesão ao tratamento em comum para mulheres e homens, houve questões próprias de cada gênero, sendo que os homens apontaram maior diversidade em relação às dificuldades do que as mulheres. De uma forma geral, os achados possibilitam compreender como a categoria gênero influenciou a adesão ao tratamento da TB.

Conclusão

6 CONCLUSÃO

Primeiramente, é importante destacar que os objetivos, norteadores desta tese, foram alcançados. Diante dos resultados apresentados foi possível chegar a considerações preliminares, na medida em que se entende que o tema é passível de avanços, e aqui são apresentados achados de uma dada realidade, que não é universal, nem tampouco deve ser analisada de forma cartesiana. O debate sobre as questões de gênero, adesão e tuberculose foi possível, pois se buscou diversas perspectivas de estudos, para comparar e traçar semelhanças e discordâncias em relação aos achados deste estudo. Durante o mapeamento da literatura, no entanto, houve algumas limitações, pois foram encontradas produções com o foco na adesão ao tratamento da doença, mas pouco se encontrou em relação ao gênero, revelando escassez de conteúdos produzidos sobre essa temática, sendo a grande maioria produzida há mais de quatro anos.

Ao apresentar o perfil histórico da doença do Município em estudo, entre os muitos achados, foram percebidas algumas diferenças estatísticas significantes quando comparados os resultados entre homens e mulheres. Entre estas, a faixa etária, com destaque em ambos os grupos para a reprodutiva (21-32 anos), com concentração mais expressiva para as mulheres, além do baixo nível de escolaridade para os dois grupos (ensino fundamental incompleto), ainda que os homens tenham apresentado maior percentual nessa condição do que as mulheres. No que concerne às características de saúde-doença, merece ênfase: o uso do álcool, associação da TB com diabetes, forma clínica da doença e situação de encerramento.

As características do perfil sócio demográfico dos entrevistados analisado na segunda parte do trabalho também apresentaram diferenças entre as mulheres e os homens: a escolaridade, a situação de trabalho, no momento da entrevista, a remuneração, a contribuição com as despesas domésticas e as horas que trabalham fora do lar e em seu interior.

As diferenças apresentadas confirmam distintas condições sociais entre homens e mulheres, e que se relacionam à categoria gênero, configurando vulnerabilidades que podem ainda ser agravadas pela TB. A definição dos papéis, o lugar social ocupado, a inserção na produção e a forma como se desenvolve a reprodução social, promovem oportunidades diferentes ao acesso à saúde e à manutenção da vida de uma forma digna, na mesma medida em que proporcionam condições distintas para o enfrentamento da doença, com reflexos no processo de adesão ao tratamento.

Para além das características do processo saúde-doença dos sujeitos, os depoimentos permitiram aprofundar e compreender melhor como a categoria gênero pode influenciar na adesão ao tratamento. As percepções e a forma como expressavam o processo saúde-doença e as particularidades decorrentes das desigualdades de gênero evidenciam um reflexo das relações culturais estabelecidas no espaço da sociedade paraibana e, mais do que isso, expressam os valores, a moral e a cultura no micro-espaço do Município que foi local do estudo, que traduzem características de uma “sociedade tradicional”, que reforça a desigualdade de gênero.

Destaca-se o achado de que coube à figura feminina o papel prioritário de “cuidadora”, responsável pelas atividades domésticas e zelo pelos familiares, enquanto que, à figura masculina, coube o papel de provedor da família. Assim, nitidamente, os sujeitos reforçaram que o espaço público é predominantemente delegado ao homem e o privado, em sua maioria, às mulheres, uma vez que estas se conseguiram ocupar os ambientes públicos, tiveram que conciliar seu cotidiano à responsabilidade voltada ao ambiente privado. A divisão de tarefas mostrou-se como algo importante para ambos os grupos, os quais, via de regra, naturalizam os papéis desempenhados na família. Por isso, coloca-se o temor de não conseguir desempenhá-los de forma satisfatória, o que, conseqüentemente, comprometeria as relações sociais, aprofundando a discriminação e o isolamento.

Apesar de as falas demonstrarem que o “ser” homem e o “ser” mulher não provocou experiências diferentes no processo de adoecimento, percebeu-se que a debilidade causada pela doença, assim como a longa duração do tratamento mudaram sua rotina, com decorrências no desempenho dos papéis no interior da família e na coletividade. Tal processo é acompanhado pelo sentimento de frustração, o que pode ser uma barreira para a adesão ao tratamento. Mas, através do desejo de vencer a doença e de obter a cura para retornar às suas atividades, tal processo de reconfiguração nos papéis familiares e coletivos pode ser considerado um fator positivo para a adesão ao tratamento.

Os sentimentos relacionados ao adoecimento apresentaram-se, para os sujeitos de ambos os grupos, como negativos. Para as mulheres, relacionavam-se ao desconhecimento da doença, e à preocupação em relação ao julgamento de outros, em relação ao processo saúde-doença por elas vivenciado. Já os homens, além do medo relacionado ao que sabiam sobre a doença e o sofrimento decorrente do estigma, pareceram perceber a associação da TB às condições sociais, concretizada, em parte, pela perda do emprego que aprofunda as próprias vulnerabilidades, assim como as que incidem no contexto familiar. Os dois grupos declararam que o estigma e o

preconceito - também oriundos do desconhecimento da doença - diminuíram a partir do entendimento sobre o processo saúde-doença da TB.

As diferenças de atitudes e sentimentos entre as mulheres e homens podem ter influenciado a adesão ao tratamento. É necessário que os serviços de saúde promovam ações de educação em saúde com o olhar voltado para as diferenças de gênero, com a finalidade de esclarecer dúvidas e trazer orientações aos usuários, desmistificando a doença e, com isso, diminuindo estigma.

Em relação aos elementos que condicionam o tratamento, os sujeitos revelaram as facilidades e dificuldades para aderir ao tratamento da TB. Apesar de terem apresentado elementos em comum, o impacto sobre a adesão ora revelou-se positivo, ora negativo. Os elementos que contribuíram de forma positiva para a adesão ao tratamento e que foram mencionados pelos dois grupos foram: o vínculo estabelecido entre os profissionais e os pacientes, o TDO, a gratuidade do tratamento - embora a informação sobre esta não fosse de conhecimento geral -, o apoio psicológico, assim como as visitas domiciliares, ou seja, todos são aspectos que se referem à organização do serviço. É importante destacar que os homens destacaram o apoio financeiro como um elemento importante para a adesão ao tratamento.

Partindo do pressuposto de que a doença desencadeou sofrimento, alguns elementos foram tidos como dificuldades ou barreiras para adesão ao tratamento. Nessa perspectiva, os elementos comuns aos dois grupos foram: os efeitos colaterais decorrentes da medicação e a falta da medicação em algum momento do tratamento. Dentre os elementos apresentados somente pelas mulheres, verificou-se a debilidade física causada pela doença que, muitas vezes, não permitia a realização das atividades do cotidiano. Os homens relataram mais dificuldades do que as mulheres, com destaque para os seguintes elementos: demora para o início do tratamento, sua duração, a burocracia para receber a medicação, a espera prolongada para a tomada supervisionada da medicação, a ruptura de alguns hábitos, como fumar e beber, bem como as dificuldades financeiras.

Diante do exposto, acredita-se que o presente estudo vem preencher uma lacuna nessa área de conhecimento, tornando possível uma dada contribuição para o controle da TB, assim como para a reflexão acerca da relação entre gênero e TB. Apesar de encontrar-se aspectos comuns entre homens e mulheres no enfrentamento da doença, compreende-se que a adesão está vinculada à reprodução social, e é influenciada por questões de gênero.

Entretanto, não é possível generalizar a interpretação dos achados, ressaltando-se a importância da realização de outros estudos que tenham como objeto a análise na perspectiva de gênero. Acredita-se, em contrapartida, que apesar das limitações deste estudo, os achados também podem contribuir para suscitar nos profissionais de saúde, reflexões acerca das diferenças de gênero no processo saúde-doença, com impacto na melhora da adesão ao tratamento.

Referências

REFERÊNCIAS

- Abreu RG, Sousa AYA, Oliveira MRF, Sanchez MN. Tuberculose e diabetes: relacionamento probabilístico de bases de dados para o estudo da associação entre ambas doenças. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(2):359-68.
- Ahmed SM, Adams AM, Chowdhury M, Bhuiya A. Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh. *Soc Sci Med*. 2000;51(3):361-71.
- Andrade HS, Oliveira VC, Gontijo TL, Pessôa MTC, Guimarães EAA. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. *Saúde debate*. 2017;41(N. esp.):242-58.
- Anduaga-Beramendi A, Maticorena-Quevedo J, Beas R, Chanamé-Baca DM, Veramendi M, Wiegering-Rospigliosi A, et al. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. *Acta méd peruana*. 2016;33(1):21-8.
- Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(31):383-94.
- Araújo MF. Diferença e igualdade nas relações de Gênero: revisitando o debate. *Psic. Clin*. 2005;17(2):41-52.
- Aristóteles. *Política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1985. p. 31-61.
- Assefa D, Belachew F, Wondimagegn G, Klinkenberg E. Missed pulmonary tuberculosis: a cross sectional study in the general medical inpatient wards of a large referral hospital in Ethiopia. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):60.
- Assunção D. *Feminismo e Marxismo*. São Paulo: Edições Iskra; 2017.
- Atre S, Kudale A, Morankar S, Gosoni D, Weiss MG. Gender and community views of stigma and tuberculosis in rural Maharashtra, India. *Glob Public Health*. 2011;6(1):56-71.
- Atre SR, Kudale AM, Morankar SN, Rangan SG, Weiss MG. Cultural concepts of tuberculosis and gender among the general population without tuberculosis in rural Maharashtra, India. *Trop Med Int Health*. 2004;9(11):1228-38.
- Ávila MB. Liberdade e Legalidade: Uma relação Dialética. In: Ávila MB, Portella AP, Ferreira V, organizadoras. *Novas Legalidades e Democratização da Vida Social: família, sexualidade e aborto*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 17-27.
- Barioto JG, Anversa L. Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados no município de Bauru, estado de São Paulo, Brasil. *BEPA*; 2015;12(134):1-11.
- Barron MM, Shaw KM, Bullard KM, Ali MK, Magee MJ. Diabetes is associated with increased prevalence of latent tuberculosis infection: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2011–2012. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018;139:366 – 79. Epub 2018 Mar 21.
- Barros PG, Pinto ML, Silva TC, Silva EL, Figueiredo TMRM. Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose extrapulmonar em um município do estado da Paraíba, 2001–2010. *Cad Saúde Colet*. 2014;22(4):343-50.
- Barua M, Van Driel F, Jansen W. Tuberculosis and the sexual and reproductive lives of women in Bangladesh. *PLoS One*. 2018;13(7):e0201134.

- Basta PC, Marques M, Oliveira RL, Cunha EAT, Resendes APC, Souza-Santos R. Desigualdades sociais e tuberculose: análise segundo raça/cor, Mato Grosso do Sul. *Rev Saúde Pública* 2013;47(5):854-64.
- Beauvoir S. O segundo sexo: mitos e fatos. 4ª ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro; 1970.
- Begum V, de Colombani P, Das Gupta S, Salim AH, Hussain H, Pietroni M, et al. Tuberculosis and patient gender in Bangladesh: sex differences in diagnosis and treatment outcome Vikarunnessa. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001;5(7):604-10.
- Belo MTCT, Luiz RR, Hanson C, Selig L, Teixeira G, Chalfoun T, et al. Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol*. 2010;36(5):621-5n
- Beltrán-León M, Pérez-Llanos F, Sánchez L, Parra-López C, Navarrete M, Sánchez R, et al. Prevalencia y factores asociados a la tuberculosis y las micobacteriosis en pacientes positivos para HIV en Bogotá. *Biomédica*. 2018;38:120-7.
- Bergel FS, Gouveia N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):898-905.
- Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al . Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(N. esp. 2):1326-30.
- Bertolozzi MR, Takahashi RF, Hino P, Litvoc M, França FOS. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. *Rev Med (São Paulo)*; 2014;93(2):83-9.
- Bertolozzi MR. A adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário Butantã-SP [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.
- Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva do tratamento diretamente observado (DOTS) no Município de São Paulo [tese de livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
- Bhagat VM, Gattani PL. Fatores que afetam o padrão de retratamento da tuberculose em Nanded, Índia Sudeste Asiático. *J Trop Med Saúde Pública*. 2010;41(5):1153-7.
- Biagolini REM. Trabalho e adoecimento por tuberculose em bolivianos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde Penha/São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.
- Bierrenbach AL, Stevens AP, Gomes ABF, Noronha EF, Glatt R, Carvalho CN, Oliveira Junior JG, et al. Efeito da remoção de notificações repetidas sobre a incidência da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(Supl 1):67-76.
- Biroli F. Autonomia, Dominação e Opressão. In: Miguel LF, Biroli F, organizadores. *Feminismo e política: uma introdução*. 1ª ed. São Paulo: Boitempo; 2014.
- Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças*. 2017;25(1):67-72.
- Boum Y, Atwine D, Orikiriza P, Assimwe J, Page AL, Mwanga-Amumpaire J, et al. Male Gender is independently associated with pulmonary tuberculosis among sputum and non-sputum producers people with presumptive tuberculosis in Southwestern Uganda. *BMC Infect Dis*. 2014;14:638.
- Bourdieu P. A dominação masculina. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília; 2012.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. Boletim Epidemiológico. 2019;50(9):1-18.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: diagnóstico situacional a partir de indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2018
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil. Boletim Epidemiológico. 2017;48(8):1-11.
- Breilh J. Género, poder y salud. Quito: Centro de Estudios y ASesoría en Salud; 1993.
- Cai J, Wang X, Ma A, Wang Q, Han X, Li Y. Factors associated with patient and provider delays for tuberculosis diagnosis and treatment in Asia: a systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2015;10(3): e0120088.
- Cardoso JN. Perfil epidemiológico e fatores associados ao óbito por tuberculose em Teresina (2011-2014) [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
- Cardoso LC, Melquiades R, Magalhães JA, Carvalho SS, Rosa G, Merlini LS, Julião VAP. Aspectos epidemiológicos dos pacientes notificados com tuberculose na microrregião de Umuarama – noroeste paranaense de 2009 a 2014. Arq Cienc Saúde UNIPAR. 2018;22(3):157-63.
- Carvalho MEP, Rabay G. Usos e incompreensões do conceito de gênero no discurso educacional no Brasil. Estudos Feministas. 2015;23(1):119-36.
- Carvalho MEP, Rabay G. usos e incompreensões do conceito de gênero no discurso educacional no Brasil. Revista Estudos Feministas. 2008;23(1):119-36
- Cavalin RF. Coinfecção TB-HIV: análise espacial e temporal no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2018.
- Chang CH, Lee CH, Ho CC, Wang JY, Yu CJ. Gender-based impact of epidermal growth factor receptor mutation in patients with non small cell lung cancer and previous tuberculosis. Medicine (Baltimore). 2015;94(4):e444.
- Chavez K, Ravindran R, Dehnad A, Khan IH. Gender biased immune-biomarkers in active tuberculosis and correlation of their profiles to efficacy of therapy. Tuberculosis (Edinb). 2016;99:17-24. Epub 2016 Mar 31.
- Chen H, Wang T, Liu L, Wang D, Cheng Q. Trend in risk of delay in diagnosis of new pulmonary tuberculosis in Northwest China from 2008 to 2017. BMC Infect Dis. 2019;19(1):100.
- Chen M, Kwaku AB, Chen Y, Huang X, Tan H, Wen SW. Gender and regional disparities of tuberculosis in Hunan, China. Int J Equity Health. 2014;13:32.

- Chikovore J, Hart G, Kumwenda M, Chipungu GA, Corbett L. 'For a mere cough, men must just chew Conjex, gain strength, and continue working': the provider construction and tuberculosis care-seeking implications in Blantyre, Malawi. *Glob Health Action*. 2015;8:26292.
- Chikovore J, Hart G, Kumwenda M, Chipungu GA, Desmond N, Corbett L. Control, struggle, and emergent masculinities: a qualitative study of men's care-seeking determinants for chronic cough and tuberculosis symptoms in Blantyre, Malawi. *BMC Public Health*. 2014;14:1053.
- Chirinos NEC, Meirelles BHS, Bousfield ABS. A relação das representações sociais dos profissionais da saúde e das pessoas com tuberculose com o abandono do tratamento. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(1):e5650015.
- Chirinos NEC, Meirelles BHS. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(3):599-406.
- Choi H, Chung H, Muntaner C, Lee M, Kim Y, Barry CE, et al. The impact of social conditions on patient adherence to pulmonary tuberculosis treatment. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2016;20(7):948-54.
- Chowdhury MRK, Rahman MS, Mondal NI, Sayem A, Billah B. Social impact of stigma regarding tuberculosis hindering adherence to treatment: a cross sectional study involving tuberculosis patients in Rajshahi City, Bangladesh. *Jpn J Infect Dis*. 2015;68:461-6.
- Christopoulos AI, Diamantopoulos AA, Dimopoulos PA, Goumenos DS, Barbalias GA. Male-female differences in the risk of tuberculosis in dialysis patients. *Int Urol Nephrol*. 2009;41:671.
- Cisne M. Consciência e lutas feministas: conquistas e desafios no Brasil. *CULT* [Internet]. 2016 mar. 8 [citado 2019 fev. 19]. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/consciencia-e-lutas-feministas-conquistas-e-desafios-no-brasil/>
- Clementino FS, Miranda FAN. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(3):350-4
- Cohen DB, Phiri M, Banda H, Squire SB, Namakhoma I, Desmond N. A qualitative evaluation of hospital versus community-based management of patients on injectable treatments for tuberculosis. *BMC Public Health*. 2018 Sep 17;18(1):1127.
- Conceição ACL. Teorias feministas: da “questão da mulher” ao enfoque de gênero. *RBSE*. 2009;8(24):738-57.
- Costa AAA, Sardenberg CMB. O feminismo do Brasil: reflexões teóricas e perspectivas. Salvador: UFBA / Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher; 2008.
- Costa AB, Nardi HC, Koller SH. Manutenção de Desigualdades na Avaliação do Gênero na Psicologia Brasileira. *Temas psicol*. 2017;25(1):97-115.
- Costa MR, Queiroz RCS, Rocha TAH, Silva NC, Vissoci JRN, Tonello AS, et al. Characteristics of basic health units and detection of tuberculosis cases. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2019;52:e-201802300.
- Costa SM, Mendoza-Sassi RA; Teixeira TP; Leivas VM; César-Vaz MR. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl 1):1427-35.

- Crispim AJ, Silva LMC, Yamamura M, Popolin MP, Ramos ACV, Arroyo LH, et al. Validity and reliability of the tuberculosis-related stigma scale version for Brazilian Portuguese. *BMC Infect Dis.* 2017;17(1):510.
- Cruz LA. Construção da cidadania das mulheres trabalhadoras rurais no Piauí. 2ª ed. Teresina: Edição do Autor; 2014.
- Dantas DNA, Enders BC, Oliveira DRC, Vieira CENK, Queiroz AAR, Arcêncio RA. Fatores associados ao atraso na procura por atendimento pelo doente de tuberculose. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Supl1):646-51.
- DATASUS [Internet]. Brasil: Tuberculose - casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação; 2018. [citado 2019 fev. 19]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/tubercbr.def>
- Derseh D, Moges F, Tessema B. Smear positive pulmonary tuberculosis and associated risk factors among tuberculosis suspects attending spiritual holy water sites in Northwest Ethiopia. *BMC Infect Dis.* 2017;17(1):100.
- Diallo A, Dahourou DL, Dah TTE, Tassembledo S, Sawadogo R, Meda N. Factors associated with tuberculosis treatment failure in the Central East Health region of Burkina Faso. *Pan Afr Med J.* 2018; 30:293.
- Dogar OF, Shah SK, Chughtai AA, Qadeer E. Gender disparity in tuberculosis cases in eastern and western provinces of Pakistan. *BMC Infect Dis.* 2012;12:244.
- Duarte MC, Fonseca RMGS, Souza V, Pena ED. Gender and violence against women in nursing literature: a review. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(2):325-32.
- Espindola LCD. Estudo da mortalidade por tuberculose em Campo Grande - MS, 2001 a 2008 [dissertação]. Campo Grande: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
- Feng JY, Huang SF, Ting WY, Chen YC, Lin YY, Huang RM, et al. Gender differences in treatment outcomes of tuberculosis patients in Taiwan: a prospective observational study. *Clin Microbiol Infect.* 2012;18(9):E331-7. Epub 2012 Jun 27.
- Ferreira ABH. Minidicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 4ª ed. Rio de Janeiro: Positivo Editora; 2002.
- Ferreira ALS, Nogueira LMV, Sá AMM, Ozela CS. Custos da busca pelo diagnóstico da tuberculose: impacto na economia familiar. *Rev Cuid.* 2018;9(3):2400-12.
- Ferreira ALS, Nogueira LMV, Sá AMM, Ozela CS. Custos da busca pelo diagnóstico da tuberculose: impacto na economia familiar. *Rev Cuid.* 2018;9(3): 2400-12.
- Ferreira KR. A adesão ao tratamento no caso da tuberculose multirresistente [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
- Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales RIC, Ruffino-Netto A, Nogueira JA, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública* 2009;43(5):825-31.
- Figueiredo TMRM. Acesso ao Tratamento de Tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde – Campina Grande/PB, Brasil (2007) [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.
- Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto – leitura e redação. 3ª ed. São Paulo: Atica; 1991.

- Fiorin JL. Elementos de análise do discurso 15ª ed. São Paulo: Contexto; 2016.
- Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. São Paulo: EDUSP; 1989.
- Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):450-9.
- Fonseca RMGS. Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença. In: PROENF: Programas de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 9-39.
- Francesca G, Navarro Mora M, Gonzalez Luna J. Epidemiología de la Tuberculosis en el Área de Salud de Pavas, Costa Rica. Enfermería Actual de Costa Rica. 2018;35:85-102.
- Freitas WMF, Silva ATMC, Coelho EAC, Guedes RN, Lucena KDT, Costa APT. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. Rev. Saúde Pública. 2009;43(1):85-90.
- Freitas WMTM, Santos CC, Silva MM, Rocha GA. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude. 2016;7(2):45-50.
- Furin J, Cox H, Pai M. Tuberculosis. Lancet. 2019 mar. 20. [Epub ahead of print]
- Furlan MCR, Marcon SS. Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose sob a perspectiva de usuários. Cad saúde colet. 2017;25(3):339-47. Epub 2017 out. 9.
- Furlan MCR, Santos Junior AG, Marcon SS. O vínculo com o profissional de saúde no tratamento de tuberculose: percepção dos usuários. 2017;7:e1934.
- Galavote HS, Cola JP, Lima RCD, Prado TN, Brotto LDA, Sales CMM, et al. Avaliação da linha do cuidado no atendimento a pacientes sintomáticos respiratórios em um programa de referência ao controle da tuberculose no município de Vitória- Espírito Santo. Rev APS; 2015;18(3):281-92
- Garcia CC. Breve história do feminismo. São Paulo: Claridade, 2015.
- Gebregergs GB, Alemu WG. Household contact screening adherence among tuberculosis patients in northern Ethiopia. PLoS ONE. 2015;10(5):e0125767.
- Gebrezgabiher G, Romha G, Ejeta E, Asebe G, Zemene E, Ameni G. Treatment Outcome of Tuberculosis Patients under Directly Observed Treatment Short Course and Factors Affecting Outcome in Southern Ethiopia: A Five-Year Retrospective Study. PLoS ONE. 2016;11(2):e0150560.
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. - São Paulo: Atlas; 2002.
- Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública. 2007;23(3):565-74.
- Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. Cad Saúde Pública. 1999;15(4):777-87.
- Granda F; Breilh J. A investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico de um novo enfoque no sentido epidemiológico [Tradução José da Rocha Cavalheiro et al.]. São Paulo: Cortez; Instituto de Saúde; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 1989.

- Gyimah FT, Dako-Gyeke P. Perspectives on TB patients' care and support: a qualitative study conducted in Accra Metropolis, Ghana. *Global Health*. 2019;15:19.
- Hansel NN, Wu AW, Chang B, Diette GB. Quality of life in tuberculosis: patient and provider perspectives. *Qual Life Res*. 2004;13(3):639-52.
- Hayashi S, Chandramohan D. Risk of active tuberculosis among people with diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*. 2018;23(10):1058-70. Epub 2018 Aug 29.
- Herrero MB, Arrossi S, Ramos S, Braga JU. Social determinants of nonadherence to tuberculosis treatment in Buenos Aires, Argentina. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(9):1983-94.
- Hino P, Cunha TN, Villa TCS, Santos CB. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;166(Supl 1):1295-30.
- Hirata H, Kergoat D. A nova configuração da divisão sexual do trabalho. *Cad Pesqui*. 2007;37(132):595-609.
- Hooks, B. O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras. 1ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 2018.
- Horter S, Stringer B, Greig J, Amangeldiev A, Tillashaikhov MN, Parpieva N, et.al. Where there is hope: a qualitative study examining patients' adherence to multidrug resistant tuberculosis treatment in Karakalpakstan, Uzbekistan. *BMC Infectious Diseases*. 2016;16:362.
- Horton KC, MacPherson P, Houben RMGJ, White RG, Corbett EL. Sex differences in tuberculosis burden and notifications in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2016;13(9):e1002119.
- Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss de língua português. Rio de Janeiro; 2001.
- Hu A, Loo E, Winch PJ, Surkan PJ. Filipino women's tuberculosis care seeking experience in an urban poor setting: a socioecological perspective. *Health Care Women Int*. 2012;33(1):29-44.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [Internet]. Informações Completas: Campina Grande-PB; 2018. [citado 2019 fev. 19]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/1V6>.
- Irani L, Kabalimu TK, Kasesela S. Knowledge and healthcare seeking behaviour of pulmonary tuberculosis patients attending Ilala District Hospital, Tanzania. *Tanzania health. Tanzan Health Res Bull*. 2007;9(3):169-73.
- Jankowska-Polanska BK, Kamińska M, Uchmanowicz I, Rycombel A. Quality of life and health behaviours of patients with tuberculosis - sex differences. *Pneumonol Alergol Pol*. 2015;83(4):256-65.
- Jee SH, Golub JE, Jo J, Park IS, Ohrr H, Samet JM. Smoking and risk of tuberculosis incidence, mortality, and recurrence in South Korean men and women. *Am J Epidemiol*. 2009;170(12):1478-85. Epub 2009 Nov 16.
- Jiménez-Corona ME, García-García L, DeRiemer K, Ferreyra-Reyes L, Bobadilla-del-Valle M, Cano-Arellano B et al. Gender differentials of pulmonary tuberculosis transmission and reactivation in an endemic area. *Thorax*. 2006;61(4):348-53. Epub 2006 Jan 31.
- Johansson E, Long NH, Diwan VK, Winkvist A. Gender and tuberculosis control: perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. *Health Policy*. 2000;52(1):33-51.

- Jurcev-Savicevic A, Mulic R, Kozul K, Ban B, Valic J, Bacun-Ivcek L, et al. Health system delay in pulmonary tuberculosis treatment in a country with an intermediate burden of tuberculosis: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2013;13:250.
- Karim F, Islam MA, Chowdhury AM, Johansson E, Diwan VK. Gender differences in delays in diagnosis and treatment of tuberculosis. *Health Policy Plan*. 2007;22(5):329-34.
- Karim F, Johansson E, Diwan VK, Kulane A. Community perceptions of tuberculosis: A qualitative exploration from a gender perspective. *Public Health*. 2011;125(2):84-9. Epub 2011 Feb 1.
- Kastien-Hilka T, Abulfathi A, Rosenkranz B, Bennett B, Schwenkglenks M, Sinanovic E. Health-related quality of life and its association with medication adherence in active pulmonary tuberculosis – a systematic review of global literature with focus on South Africa. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2016;14:42.
- Kergoat D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: Lopes MJ, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 19-27.
- Khan A, Sterling TR, Reves R, Vernon A, Horsburgh CR. Lack of weight gain and relapse risk in a large tuberculosis treatment trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;174(3):344-8. Epub 2006 May 18.
- Khan KB. Understanding the gender aspects of tuberculosis: a narrative analysis of the lived experiences of women with TB in slums of Delhi, India. *Health Care Women Int*. 2012;33(1):3-18..
- Klein NC, Duncanson FP, Lenox TH, Pitta A, Cohen SC, Wonnser GE. Use of Mycobacterial Smears in the Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis in AIDS/ARC Patients. *Chest*. 1989;95(6):1190-92.
- Kosgei RJ, Sitienei JK, Kipruto H, Kimenye K, Gathara D, Odawa FX, et al. Gender differences in treatment outcomes among 15–49 year olds with smear-positive pulmonary tuberculosis in Kenya. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2015;19(10):1176–81.
- Krishnan L, Akande T, Shankar AV, McIntire KN, Gounder CR, Gupta A, et al. Gender-related barriers and delays in accessing tuberculosis diagnostic and treatment services: a systematic review of qualitative studies. *Tuberc Res Treat*. 2014;2014:215059.
- Kritski A, Barreira D, Junqueira-Kipnis AP, Moraes MO, Campos MM, Degraive WM, et al. Brazilian Response to Global End TB Strategy: The National Tuberculosis Research Agenda. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2016;49(1):1-11.
- Kumwenda M, Desmond N, Hart G, Choko A, Chipungu GA, Nyirenda D, et al. Treatment-seeking for tuberculosis-suggestive symptoms: a reflection on the role of human agency in the context of Universal Health Coverage in Malawi. *PLoS ONE*. 2016;11(4):e0154103.
- Lafaiete RS, Silva CB, Oliveira MG, Motta MCS, Villa TCS. Investigação sobre o acesso ao tratamento de tuberculose em Itaboraí/RJ. *Escola Anna Nery*. 2011;15(1):47-53.
- Leite RFB, Veloso TMG. Limites e Avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. *Saúde Soc*. 2009;18(1):50-62.
- Lemos LA. Qualidade de vida, religiosidade e adesão aos antirretrovirais de coinfectados por HIV/tuberculose [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2013.

- Liefooghe R, Michiels N, Habib S, Moran MB, De Muynck A. Perception and social consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. *Soc Sci Med*. 1995;41(12):1685-92.
- Lin CY, Chen TC, Lu PL, Lai CC, Yang YH, Lin WR, et al. Effects of gender and age on development of concurrent extrapulmonary tuberculosis in patients with pulmonary tuberculosis: a population based study. *PLoS One*. 2013;8(5):e63936.
- Lindner LC. “Dando uma moral”: Moralidades, prazeres e poderes no caminho da cura da tuberculose na população em situação de rua do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2016.
- Lins BA, Machado BF, Escoura M. Diferentes, não desiguais: a questão de gênero na escola. São Paulo: Editora Reviravolta, 2016. Gênero e o movimento pelos direitos das mulheres. p. 25-38.
- Long NH, Johansson E, Diwan VK, Winkvist A. Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in Vietnam: a gender analysis. *Health Policy*. 2001;58(1):69-81.
- Long NH, Johansson E, Lönnroth K, Eriksson B, Winkvist A, Diwan VK. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1999;3(5):388-93.
- Louro GL. Nas Redes do Conceito de Gênero. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow R, organizadores. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- Maciel ELN. Estratégias da agenda pós-2015 para o controle da tuberculose no Brasil: desafios e oportunidades. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2016;25(2):423-26.
- Manjuba C, Nogueira PA, Abrahão RMC. A situação epidemiológica da tuberculose na República da Guiné-Bissau, 2000 – 2005. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(1):97-105.
- Marks SM. Diabetes and tuberculosis, US National Health Interview Survey, 2000–2005. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011;15(7):982–4.
- Maruza M, Ximenes RAA, Lacerda HR. Desfecho do tratamento e confirmação laboratorial do diagnóstico de tuberculose em pacientes com HIV/AIDS no Recife, Pernambuco, Brasil. *J Bras Pneumol*. 2008;34(6):394-403.
- Mason PH, Snow K, Asugeni R, Massey PD, Viney K. Tuberculosis and gender in the Asia-Pacific region. *Aust N Z J Public Health*. 2017;41(3):227-9. Epub 2016 Dec 13.
- Matos MIS. História das mulheres e das relações de gênero: campo historiográfico, trajetórias e perspectivas. *Mandrágora*. 2013;19(19):5-15.
- Matteelli A, Rendon A, Tiberi S, Al-Abri S, Voniatos C, Carvalho ACC, et al. Tuberculosis elimination: where are we now? *Eur Respir Rev* 2018;27(148):180035. Epub 2018 Jun 30.
- McLaren ZM, Brouwer E, Ederer D, Fischer K, Branson N. Gender patterns of tuberculosis testing and disease in South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2015;19(1):104-10.
- Medeiros HA. Análise da acessibilidade geográfica dos doentes de tuberculose ao serviço de saúde em Campina Grande/PB, 2004-2009 [tese]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2013.
- Medronho R. *Epidemiologia*. 2ª ed. Atheneu: Rio de Janeiro; 2009.
- Mesfin MM, Newell JN, Walley JD, Gessesew A, Tesfaye T, Lemma F, Madeley RJ. Quality of tuberculosis care and its association with patient adherence to treatment in eight Ethiopian districts. *Health Policy Plan*. 2009;24(6):457-66. Epub 2009 Aug 3.

- Meyer DE. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: In: Lopes ML, Meyer DE, Waldow V, organizadores. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 41-51.
- Miguel LF, Biroli F. *Feminismo e política: uma introdução*. 1ª ed. São Paulo: Boitempo; 2014.
- Miller C, Huston J, Samu L, Mfinanga S, Hopewell P, Fair E. 'It makes the patient's spirit weaker': tuberculosis stigma and gender interaction in Dar es Salaam, Tanzania. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017;21(11):S42–S48.
- Miller CR, Davis JL, Katamba A, Sserwanga A, Kakeeto S, Kizito F, et al. Sex disparities in tuberculosis suspect evaluation: a cross-sectional analysis in rural Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17(4):480–85.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Status socioeconômico e adesão ao tratamento da tuberculose: um estudo de caso-controle em um distrito do Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005;9(10):1134-9.
- Mitchell J. *Woman's estate*. London: Peguin Books; 1971.
- Myers B, Bouton TC, Ragan EJ, White LF, McIlleron H, Theron D, et al. Impact of alcohol consumption on tuberculosis treatment outcomes: a prospective longitudinal cohort study protocol. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):488.
- Neves LAS; Reis RK; Gir E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1135-41.
- Neves RR, Ferro PS, Nogueira LMV, Rodrigues ILA. Access and link to treatment of tuberculosis in primary health care. *Rev Fund Care Online*. 2016;8(4):5143-49.
- Ngamvithayapong-Yanai J, Luangjina S, Nedsuwan S, Kantipong P, Wongyai J, Ishikawa N. Engaging women volunteers of high socioeconomic status in supporting socioeconomically disadvantaged tuberculosis patients in Chiang Rai, Thailand. *Western Pac Surveill Response J*. 2013;4(1):34–8.
- Nguyen TA, Pham MT, Nguyen TL, Nguyen VN, Pham DC, Nguyen BH, et al. Video Directly Observed Therapy to support adherence with treatment for tuberculosis in Vietnam: A prospective cohort study. *Int J Infect Dis*. 2017;65:85-9. Epub 2017 Oct 10.
- Nhamoyebonde S, Leslie A. Biological differences between the sexes and susceptibility to tuberculosis. *J Infect Dis*. 2014;209(Suppl 3):S100-6.
- O'Brien M. *The politics of reproduction*. London: Kegan Paul; 1981.
- Obadiora AH. Comparative influence of health locus of control on medication adherence among tuberculosis and HIV-positive outpatients in Edo State, Nigeria. *Int J Psychol Couns*. 2016;8(3):18-27.
- Obuku EA, Meynell C, Kiboss-Kyeyune J, Blankley S, Atuhairwe C, Nabankema E, et al. Socio-demographic determinants and prevalence of Tuberculosis knowledge in three slum populations of Uganda *BMC Public Health*. 2012;12:536.
- Oeltmann JE, Click ES, Moonan PK. Using tuberculosis patient characteristics to predict future cases with matching genotype results. *Public Health Action*. 2014;4(1):47-52.
- Oliveira LB, Costar CRB, Queiroz AAFLN, Araújo TME, Sousa KAA, Reis RK. Análise epidemiológica da coinfeção tuberculose/HIV. *Cogitare Enferm*. 2018;(23)1:e51016.

- Oliveira RA. Representações e sentidos sobre a revelação do diagnóstico da tuberculose: relações com adesão ou não adesão ao tratamento [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012.
- Onifade DA, Bayer AM, Montoya R, Haro M, Alva J, Franco J et al. Gender-related factors influencing tuberculosis control in shantytowns: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2010;10:381.
- Ortblad KF, Salomon JA, Bärnighausen T, Atun R. Stopping tuberculosis: a biosocial model for sustainable development. *Lancet* 2015; 386: 2354–62.
- Oshi DC, Oshi SN, Alobu I, Ukwaja KN. Profile and treatment outcomes of tuberculosis in the elderly in Southeastern Nigeria, 2011–2012. *PLoS ONE*. 2014;9(11):e111910.
- Oshi DC, Oshi SN, Alobu IN, Ukwaja KN. Gender-related factors influencing women's health seeking for tuberculosis care in Ebonyi state, Nigeria. *J Biosoc Sci*. 2016;48(1):37-50
- Paiva VS, Pereira M, Moreira JS. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar em Unidade Sanitária de referência em Porto Alegre, RS. *Revista da AMRIGS*. 2011;55(2): 113-17.
- Pan D, Lin M, Lan R, Graviss EA, Lin D, Liang D, et al. Tuberculosis Transmission in Households and Classrooms of Adolescent Cases Compared to the Community in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(12):E2803.
- Pang PT, Leung CC, Lee SS. Neighborhood risk factors for tuberculosis in Hong Kong. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010;14(5):585-92.
- Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. Plano estadual de saúde 2016-2019. Paraíba, 2016.
- Pateman C. O Contrato Sexual. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1993.
- Pereira JC, Silva MR, Costa RR, Guimarães MDC, Leite ICG. Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:6. Epub 2015 Feb 27.
- Pereira LFB, Soares DL, Silva TC, Sousa VEC, Caldas AJM. Fatores associados à coinfeção tuberculose/HIV no período 2001-2011. *J res fundam care online*. 2018;10(4):1026-31.
- Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e prática. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
- Peri AM, Bernasconi DP, Galizzi N, Matteelli A, Codecasa L, Giorgio V, et al. Determinants of patient and health care services delays for tuberculosis diagnosis in Italy: a cross-sectional observational study. *BMC Infectious Diseases*. 2018;18:690.
- Pierotti CF, d'Oliveira AFPL, Terra MF. A situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2018;63(1):12-8.
- Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Oliveira RCC, Nogueira JA, Villa TCS. Critical points for the control of Tuberculosis on Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1227-34.
- Pinto ML, Silva TC, Gomes LCF, Bertolozzi MR, Villavicencio LMM, Azevedo KMFA, et al. Ocorrência de casos de tuberculose em Crato, Ceará, no período de 2002 a 2011: uma análise espacial de padrões pontuais. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(2):313-25.
- Pinto PFPS, Silveira C, Rujula MJP, Chiaravalloti Neto F, Ribeiro MCSA. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de São Paulo de 2006 a 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(3):549-57.

- Pizzol D, Di Gennaro F, Chhaganlal KD, Fabrizio C, Monno L, Putoto G, Saracino A. Prevalence of diabetes mellitus in newly diagnosed pulmonary tuberculosis in Beira, Mozambique. *Afr Health Sci*. 2017;17(3):773-9.
- Ponce MAZ, Wysocki AD, Arakawa T, Andrade RLP, Vendramini SHF, Silva SRA, et al. Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016;25(3):553-62.
- Purohit MR, Mustafa T, Mørkve O, Sviland L. Gender differences in the clinical diagnosis of tuberculous lymphadenitis - a hospital-based study from Central India. *Int J Infect Dis*. 2009;13(5):600-5. Epub 2008 Dec 25.
- Queiroz AAR, Berra TZ, Garcia MCC, Popolin MP, Belchior AS, Yamamura M, et al. Padrão espacial e tendência temporal da mortalidade por tuberculose. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e2992. Epub 2018 May 07.
- Queiroz EM, Bertolozzi MR. Tuberculosis: supervised treatment in North, West and East Health Departments of São paulo. *Rev esc enferm USP*. 2010;44(2):453-61.
- Queiroz R, Nogueira PA. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo no distrito de saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia - São Paulo. *Saude soc*. 2010;19(3):627-37.
- Queiroz R. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2008.
- Ramírez S, Mejía F, Rojas M, Seas C, Van der Stuy P, Gotuzzo E, et al. HIV screening among newly diagnosed TB patients: a cross sectional study in Lima, Peru. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):136.
- Rhines AS. The role of sex differences in the prevalence and transmission of tuberculosis. *Tuberculosis (Edinb)*. 2013;93(1):104-7. Epub 2012 Dec 5.
- Ros-Sánchez T, Lidón-Cerezuela B. La experiencia del empoderamiento en mujeres mayores de 65 años. *Estudio cualitativo. Gerokomos*. 2018;29(1):3-8.
- Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2002;35(1):51-8.
- Sá AMM, Santiago LA, Santos NV, Monteiro NP, Pinto PHA, Lima AM, et al. Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2017;15(3):155-60.
- Sá LD, Santos ARBN, Oliveira AAV, Nogueira JA, Tavares LM, Villa TCS. O cuidado à saúde da mulher com tuberculose na perspectiva do enfoque familiar. *Texto contexto - enferm*. 2012;21(2):409-17.
- Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(4):712-8.
- Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
- Saffioti HIB. Rearticulando gênero e classe social. In: Costa AO, Bruschini C, organizadoras. Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Carlos Chagas; 1992.
- Saktiawati AMI, Subronto YW. Influence of diabetes mellitus on the development of multi drug resistant-tuberculosis in Yogyakarta. *Acta Med Indones*. 2018;50(1):11-7.

- San Pedro A, Oliveira RM. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(4):294–301.
- Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Além da dots (directly observed treatment of short-course) no controle da tuberculose: interface e compartilhamento de necessidades. *Ver Lat Am Enfermagem*. 2009;17(5):689-94.
- Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(2):319-24.
- Santos Neto MS, Silva FL, Sousa KR, Yamamura M, Popolin MP, Arcêncio RA. Perfil clínico e epidemiológico e prevalência da coinfeção tuberculose/HIV em uma regional de saúde no Maranhão. *J Bras Pneumol*. 2012;38(6):724-72.
- Santos TA, Martins MMF. Perfil dos casos de reingresso após abandono do tratamento da tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Colet*. 2018;26 (3):233-40.
- Santos-Neto M, Yamamura M, Garcia MCC, Popolin MP, Silveira TRS, Arcêncio RA. Análise espacial dos óbitos por tuberculose pulmonar em São Luís (MA). *J Bras Pneumol*, 2014; 40:543-551.
- Sardenberg CMB. Estudos Feministas: um esboço crítico. In: Gurgel C, organizadora. *Teoria e Práxis dos Enfoques de Gênero*. Salvador: REDOR-NEGIF; 2004. p. 17- 40.
- Scavone L. Religiões, Gênero e Feminismo. *REVER*. 2008;8:1-8.
- Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. *Salud colect*. 2014;10(3):301-12.
- Scott J. *Gender and the politics of history*. New York: Columbia University Press; 1989. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Trad. de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila.
- Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação & Realidade*. 1995;20(2):71-99.
- Selig LIA, Belo M, Jose A, Cunha AJLA, Teixeira EG, Brito R, et al. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol*. 2004;30(4):335-42.
- Sendagire I, Schim Van der Loeff M, Mubiru M, Konde-Lule J, Cobelens F. Long delays and missed opportunities in diagnosing smear-positive pulmonary tuberculosis in Kampala, Uganda: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2010;5(12):e14459.
- Shah SK, Dogar OF, Siddiqi K. Tuberculosis in women from Pashtun region: an ecological study in Pakistan. *Epidemiology and Infection*. 2015;143(5):901-9. Epub 2014 Jul 3.
- Silva C. A desigualdade imposta pelos papéis de homem e mulher: uma possibilidade de construção da igualdade de gênero. *Direito em foco*. 2012.
- Silva FBG, Sodré MB, Santos FS, Costa ACJP, Lobato JSM, Oliveira FJF, Santos Neto M. Perfil dos óbitos por tuberculose pulmonar em um município do nordeste brasileiro durante o período de 2005-2014. *Arq Cienc Saúde UNIPAR*. 2017;21(3):147-53.
- Silva JB, Cardoso GCP, Ruffino Netto A, Kritski AL. Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento. *Physis*. 2015;25(1): 209-29.
- Silva TC. *Tuberculose e sua relação com a vulnerabilidade social: uma abordagem espacial*. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2014.

- Silva VCA. Da interseccionalidade ao movimento feminista: uma tentativa de conceituação do feminismo enquanto movimento social. *Encuentro Latinoamericano*. 2016;3(2):108-23.
- Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):91-104.
- Silveira MPT, Adorno RFS, Fontana T. Perfil dos pacientes com tuberculose e avaliação do programa nacional de controle da tuberculose em Bagé (RS). *J Bras Pneumol*. 2007;33(2):199-205.
- Smith A, Burger R, Claassens M, Ayles H, Godfrey-Faussett P, Beyers N. Health care workers' gender bias in testing could contribute to missed tuberculosis among women in South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2016;20(3):350-6.
- Soares MLM, Amaral NAC, Zacarias ACP, Ribeiro LKNP. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017;26(2):369-78.
- Souza J, Oliveira KS, Ávila TT, Quadros SR, Zilly A, Silva-Sobrinho RA. Incidência da tuberculose e a correlação entre a realização do tratamento e a cura. *Rev Enferm UFSM*. 2018;8(4):637-48.
- Souza KMJ, Sá LD, PPF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev esc enferm USP*. 2010;44(4):904-910.
- Souza MSPL, Pereira SM, Marinho JM, Barreto ML. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):998-1005.
- Steenbeek R, Schellart AJM, Mulders H, Anema JR, Kroneman H, Besseling J. The development of instruments to measure the work disability assessment behaviour of insurance physicians. *BMC Public Health*. 2011;11:1-18.
- Stop TB Partnership, UNAIDS. Gender assessment tool for national HIV and TB responses: towards gender - transformative HIV and TB responses. Geneva: Stop TB Partnership, 2016.
- Telarolli Junior R, Loffredo LCM, Gasparetto RM. Clinical and epidemiological profile of tuberculosis in an urban area with high human development index in southeastern Brazil. Time series study. *Sao Paulo Med J*. 2017;135(5):413-9.
- Terra MF, Bertolozzi MR. Tratamento diretamet e supervisionado (dots) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(4):659-64.
- Theobald S, Tolhurst R, Squire SB. Gender, equity: new approaches for effective management of communicable diseases. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2006;100(4):299-304. Epub 2006 Jan 23.
- Thorson A, Hoa NP, Long NH. Health-seeking behaviour of individuals with a cough of more than 3 weeks. *The Lancet*. 2000;356(9244):1823-24.
- Ting WY, Huang SF, Lee MC, Lin YY, Lee YC, Feng JY, Su WJ. Gender disparities in latent tuberculosis infection in high-risk individuals: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2014;9(11):e110104.
- Toledo C. Mulheres: o gênero nos une, a classe nos divide. 2ª ed. São Paulo: Sundermann; 2008.

- Torrens AW, Rasella D, Boccia D, Maciel ELN, Nery JS, Olson ZD, et al. Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2016;110(3):199–206.
- Uplekar M, Weil D, Lonnroth K, Jaramillo E, Lienhardt C, Dias HM, et al. WHO's new End TB Strategy. *Lancet* 2015; 385: 1799–801
- van Hoorn R, Jaramillo E, Collins D, Gebhard A, van den Hof S. The effects of psycho-emotional and socio-economic support for tuberculosis patients on treatment adherence and treatment outcomes – a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 2016;11(4):e0154095.
- Van Lettow M, Harries AD, Kumwenda JJ, Zijlstra EE, Clark TD, Taha TE, et al. Micronutrient malnutrition and wasting in adults with pulmonary tuberculosis with and without HIV co-infection in Malawi. *BMC Infect Dis.* 2004;4(1):61.
- Vendramini SHF, Gazetta CE, Chiaravalo NF, Cury MR, Meirelles EB, Kuyumjian FG, et al. Tuberculose em município de porte médio do Sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. *J Bras pneumol* 2005;31(3):237-43.
- Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de ribeirão preto: a percepção do doente. *Bol Pneumol Sanit.* 2002;10(1):5-12.
- Viana PVS, Redner P, Ramos JP. Fatores associados ao abandono e ao óbito de casos de tuberculose drogaresistente (TBDR) atendidos em um centro de referência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(5):e00048217.
- Vieira AA, Ribeiro AS. Compliance with tuberculosis treatment after the implementation of the directly observed treatment, short-course strategy in the city of Carapicuíba, Brazil. *J Bras Pneumol.* 2011;37(2):223-31.
- Vieira AA, Ribeiro SA. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil. *J Bras Pneumol.* 2008;34(3):159-66.
- Villa Vélez L, Arbelaez Montoya MP. Gender Differences in the Interpretation of Experiences of Patients with Tuberculosis in Medellín, colombiadiferencias de género en la interpretación de las vivencias de pacientes con tuberculosis in Medellín, Colombia. *Invest Educ Enferm.* 2015;33(2):217-25.
- Vissandjee B, Mourid A, Greenaway CA, Short WE, Proctor JA. Searching for sex- and gender-sensitive tuberculosis research in public health: finding a needle in a haystack. *Int J Womens Health.* 2016;8:731-42.
- Wang J, Fei Y, Shen H, Xu B. Gender difference in knowledge of tuberculosis and associated health-care seeking behaviors: a cross-sectional study in a rural area of China. *BMC Public Health.* 2008;8:354.
- Wang Y. Report of the fifth National Sampling Survey of TB epidemiology. Beijing: Military Medical Science Press; 2011: 1–7.
- Woolf V. Profissões para mulheres e outros artigos feministas. Porto Alegre: L&PM; 2018.
- World Health Organization. Gender and tuberculosis control: towards a strategy for research and action. Geneva: World Health Organization. 1999.

- World Health Organization. Department of Gender, Women and Health Family and Community Health. Gender in tuberculosis research. Geneva, World Health Organization, 2004.
- World Health Organization. WHO report 2016. Geneva, World Health Organization, 2016.
- World Health Organization. WHO report 2017. Geneva, World Health Organization, 2017.
- World Health Organization. WHO report 2018. Geneva, World Health Organization, 2018.
- Yamamura M, Santos-Neto M. Santos RAM, Garcia MCC, Nogueira JA, Arcêncio RA. Características epidemiológicas dos casos de óbito por tuberculose e territórios vulneráveis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(5):910- 8.
- Yang BR, Kang YA, Heo EY, Koo BK, Choi NK, Hwang SS, et al. Regional differences in the incidence of tuberculosis among patients with newly diagnosed diabetes mellitus. *Clin Respir J*. 2018;12(4):1732-8. Epub 2017 dec 8.
- Yates TA, Atkinson SH. Ironing out sex differences in tuberculosis prevalence. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017;21(5):483–4.
- Yen Y-F, Hu H-Y, Lee Y-L, Ku P-W, Ko M-C, Chuang P-H, et al. Sexual inequality in incident tuberculosis: a cohort study in Taiwan. *BMJ Open*. 2018;8:e020142.
- Zuñiga JA. A woman's lived experience with Directly Observed Therapy for tuberculosis—a case study. *Health Care Women Int*. 2012;33(1):19-28.

Apêndices

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Data Entrevista: ____/____/____

Nº da(s) gravação(ões) da(s) entrevista(s) _____

Perfil Sócio Demográfico

Dados Pessoais

1. Iniciais do sujeito: _____ Idade: _____
2. Sexo: Masculino () Feminino ()
3. Independente do sexo você se identifica na forma de lidar com a vida com a figura:
Masculino () Feminino ()
4. Prática alguma religião/crença? Sim () Não ()
Se sim, qual? _____
5. Estado Civil: 1 _____
6. Mora com o companheiro: sim () não ()
7. Sexo do cônjuge: () Masculino () Feminino
8. Tem filho: sim () não ()
Se sim, quantos: _____
9. Convive, com quantas pessoas na sua residência? _____
10. Última série estudada? _____

Dados do Trabalho

11. O Sr(a) tem profissão? Sim () Não () Qual _____
12. Situação de trabalho no momento? () trabalhando () desempregado () afastamento devido à doença () aposentado () estudante () prendas domésticas
13. Qual sua ocupação? _____
14. Possui qualificação específica para a atividade que desenvolve ? Sim () Não ()
15. É remunerado pela ocupação? Sim () Não ()
16. Sr (a) contribui com as despesas da casa? Sim () Não ()
17. Quantas pessoas contribuem com as despesas da casa? _____
18. Quantas horas o sr (a) trabalha por dia?
Nas atividades domiciliares _____
Em atividades fora domicílio _____

Dados relacionados a tuberculose

19. Data da notificação TB: ____/____/____

20. Data do início tratamento TB ____/____/____

21. Acompanhado na:

ESF() Ambulatório de referência de TB () outro() _____

22. Tipo de TB: _____

23. Situação do tratamento

ndamento () Cura () Abandono ()

Dados Qualitativos

1. Conte-me como foi que o sr(a) descobriu que tinha tuberculose?
2. Como sr(a) se sente por ser mulher/ homem e ter tido tuberculose?
3. Informou a alguém que tinha tuberculose? Quem e porquê?
4. Qual o seu papel na família? Como se sente desempenhando esse papel?
5. Esse papel familiar mudou depois do diagnóstico da tuberculose?
6. Como são divididas as atividades domésticas em sua casa?
7. Como são divididas as despesas na família?
8. Houve mudanças na rotina após ter descoberto que tinha tuberculose?
9. A sr(a) sentiu que teve alteração no convívio com seus familiares e amigos, por ser mulher/homem e ter tido a doença? Por que?
10. Quais as facilidades que o sr(a) teve para realizar o tratamento da tuberculose?
11. Quais as dificuldades que o sr(a) teve para realizar o tratamento da tuberculose?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Sr. (a)

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“Influência da categoria gênero na adesão ao tratamento da tuberculose”**. Meu nome é Talina Carla da Silva, sou enfermeira, aluna do curso de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A pesquisa tem como objetivo: verificar se o ser homem ou mulher pode influenciar o seguimento do tratamento da Tuberculose. Os resultados dessa pesquisa poderão melhorar a assistência aos doentes, atendendo suas necessidades. Vou fazer algumas perguntas sobre sua vida: onde mora, se trabalha, com que trabalha, como se sente com a tuberculose e se o fato de ser homem ou mulher dificultou ou contribuiu para enfrentar a doença e, para isso, vou usar um questionário.

A entrevista deverá durar por volta de 30 minutos. O Sr.(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) pode recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem que cause nenhum prejuízo em relação ao seu atendimento na unidade de saúde onde é matriculado.

Todas as informações serão mantidas em sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão guardados e serão utilizados somente para a execução desta pesquisa. O nome do Sr.(a) não será citado em nenhum momento.

A pesquisa não oferece risco. Caso o Sr.(a) sinta algum desconforto em responder alguma pergunta, reafirmo que o Sr.(a) pode deixar de responder, sem causar nenhum prejuízo em seu atendimento na unidade de saúde. Caso o Sr.(a) tenha alguma dúvida, após a entrevista comprometo-me a esclarecer ou solicitar apoio na unidade de saúde.

O benefício que essa pesquisa trará é a contribuição para melhorar a assistência no serviço de saúde, apoiando o tratamento dos pacientes com tuberculose.

Este termo é impresso em duas vias, assinadas e rubricadas; uma delas lhe será entregue e a outra permanecerá com a pesquisadora.

A participação no estudo não acarretará custos para Sr.(a) e não haverá nenhuma compensação financeira adicional. Não está previsto nenhum dano decorrente desta pesquisa ao(a) Sr.(a). Mas, fica garantida a indenização em caso de dano comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, conforme a Resolução n. 466/2012 CNS/CONEP.

Agradeço a sua participação e coloco-me à disposição por meio do telefone: (84) 99477842 ou pelo e-mail: talinacarla@usp.br e no endereço: Rua: Giló Guedes, Centro, Campina Grande/PB.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

		/ /
_____	_____	_____
Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	Data
		/ /
_____	_____	_____
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

Anexos

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Termo de Autorização Institucional

Declaramos para os fins de realização da pesquisa que disponibilizaremos os dados solicitados para que a Pesquisadora **Talina Carla da Silva** possa submeter seu projeto de pesquisa intitulado “**influência da categoria gênero na adesão ao tratamento da tuberculose**” cujo objetivo é Analisar a influência do gênero na adesão ao tratamento da tuberculose no município de Campina Grande (PB).

A aceitação esta condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa, bem como, contribuir com este setor no aprimoramento de suas atividades.

Campina Grande, 20 de fevereiro de 2016.

Verônica D. Donato dos Santos
Gerente de Vigilância Epidemiológica
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINA GRANDE-PB.

VERÔNICA DIAS DONATO DOS SANTOS

ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DA CATEGORIA GÊNERO NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Pesquisador: Talina Carla da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69097317.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.240.525

Apresentação do Projeto:

Este estudo integra a linha de pesquisa sobre a categoria analítica adesão, que está inserida no grupo de pesquisa cadastrado no CNPq intitulado Vulnerabilidades, adesão e necessidades em saúde coletiva.

O estudo será do tipo transversal, de tendência temporal, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa e, tem por objetivo, analisar a influência do gênero na adesão ao tratamento da tuberculose no município de Campina Grande (PB).

Os sujeitos integrantes desta etapa serão as pessoas que vivenciaram o adoecimento por TB no ano de 2016, as quais constituíram 110 casos. Serão formados dois

grupos: o daquelas que aderiram ao tratamento e o daquelas que o abandonaram. Para compor essa amostra, serão critérios de inclusão: pessoas com 18 ou mais anos, residentes no local de estudo e com capacidade preservada de comunicação verbal e compreensão.

Quanto ao critério de exclusão, refere-se às pessoas que, no período da coleta de dados, estiverem em reclusão no sistema prisional ou tenham ido a óbito.

A pesquisa se desenvolverá em duas etapas:

Etapa 1:

- Quantitativa: contemplará o primeiro objetivo específico, ou seja, descrever o perfil

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cinquento César

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8058

E-mail: cepes@usp.br