



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

PERCEPÇÕES E MOVIMENTOS DA PESSOA IDOSA COM TUBERCULOSE ANTES
DO INGRESSO NO SISTEMA FORMAL DE SAÚDE

João Pessoa (PB)
2013

ANA RITA BIZERRA DO NASCIMENTO SANTOS

PERCEPÇÕES E MOVIMENTOS DA PESSOA IDOSA COM TUBERCULOSE ANTES
DO INGRESSO NO SISTEMA FORMAL DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr.^a Lenilde Duarte de Sá

Linha de pesquisa: Enfermagem e saúde no cuidado ao adulto e idoso

João Pessoa (PB)
2013

S237p Santos, Ana Rita Bizerra do Nascimento.
Percepções e movimentos da pessoa idosa com
tuberculose antes do ingresso no sistema formal de saúde /
Ana Rita Bizerra do Nascimento Santos.- João Pessoa, 2013.
77f. : il.
Orientadora: Lenilde Duarte de Sá
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS
1. Tuberculose - idoso. 2. Percepção. 3. Serviço de saúde.
4. Agentes Comunitários de Saúde - atuação. 5. Cuidado
familiar. 6. Serviço formal de saúde.

UFPB/BC

CDU: 616-002.5-053.9(043)

ANA RITA BIZERRA DO NASCIMENTO SANTOS

PERCEPÇÕES E MOVIMENTOS DA PESSOA IDOSA COM TUBERCULOSE ANTES
DO INGRESSO NO SISTEMA FORMAL DE SAÚDE

Trabalho apresentado e submetido à avaliação da banca examinadora como requisito para a obtenção do título de mestre, com referência ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

APROVADO EM _____ DE _____ 2013

Prof^a Dr^a Lenilde Duarte de Sá - orientadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof^a Dr^a Clélia Albino Simpson – examinadora
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

Prof^a Dr^a Jordana Almeida Nogueira – examinadora
(Universidade Federal da Paraíba)

João Pessoa (PB)
2013

Ao meu **Deus** e à minha mãe **Maria Santíssima** por terem me protegido e não terem-me deixado fraquejar diante de todos os atalhos que a vida me ofereceu.

Aos meus preciosos pais, **Dora e Fernando**, por toda credibilidade depositada nas minhas escolhas.

Ao meu marido, **Francisco Porfírio**, pela companhia essencial, pelo amor renovador e pela escolha eterna de estar ao meu lado.

DEDICO

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A minha querida orientadora, **Lenilde Duarte de Sá**, pelos ensinamentos e incentivos dados a cada novo encontro; pelo exemplo de dignidade, cidadania, trabalho, honestidade, seriedade, humanidade e humildade que tenho a oportunidade de apreciar sempre que estamos juntas.

E acima de tudo, muito obrigada pela capacidade, que permanece, que você tem de me fazer sonhar.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, , que, ao logo destes 13 anos longe de casa, me desviou das más companhias e dos caminhos tortuosos, pela eterna proteção, pelo amor arrebatador e pela generosidade em permitir as minhas conquistas, pois sei, Senhor, que tudo quando vem de ti é bendito. Obrigada pelo que sou!

A minha mãe **Maria das Dores** pelo amor incondicional, pela credibilidade e confiança depositadas em mim, pelo exemplo de conduta, moral, honestidade e dignidade que representa para mim e por ter-me ensinado a perseverar e ter objetivos de vida. Te amo!

A meu querido pai **Fernando** pelo exemplo de carisma, alegria, humildade e serenidade que me cativa diariamente, pelos momentos felizes, pelo sorriso fácil, pela relação de amigo, a qual construiu com os filhos. Quero que meus filhos me vejam como melhor amiga, assim como eu lhe vejo pai!

A meu esposo **Francisco Porfírio** pela companhia verdadeira e pelos incentivos dados ao longo desta jornada de mestrado, pela compreensão, pela paciência, por me ajudar a ter calma quando tudo parece perdido; acima de tudo, por acreditar em mim.

Aos meus irmãos **Lucas, Fernando Filho, Rafael e Natália** por existirem na minha vida e me ensinarem a ser a cada dia um exemplo melhor para eles. Obrigada pela confiança e respeito que vocês têm por mim!

Aos meus sobrinhos **Fernando Neto, Rafael Filho e Ana Gabriela** pela renovação que trouxeram para o seio da minha família e pelo amor mais puro que sinto quando, mesmo de longe, escuto as histórias de vocês.

Aos meus queridos **amigos do grupo "menos três"** pelo carinho, torcida, proteção e certeza de que posso contar com cada um. Obrigado por terem-me acolhido e levado para dentro de suas famílias. Obrigada pela amizade de vocês.

Aos meus colegas do grupo TB pela companhia ao longo desta caminhada, em especial, à minha querida amiga **Débora** pelo colo nos momentos difíceis e pela sorriso largo quando o

sofrimento passava. Nós falamos a mesma língua, nossas histórias são muito parecidas e nossa capacidade de superação é surpreendente. A gente se entende!!

À querida **Anne Jaquelyne** pelo exemplo de dedicação e de vida, o qual marcou nossas vidas durante essa temporada no grupo TB e pela sua contribuição na fase inicial deste trabalho, foi muito bom trabalharmos juntas.

À amiga **Annelissa**, por ter cedido o banco de dados desta pesquisa e contribuição na construção deste trabalho. Obrigada pela parceria!

Aos **amigos do Complexo Hospitalar de Mangabeira** por todo o apoio durante a busca deste sonho, pela escuta qualificada nos momentos de aflição e pela contribuição preciosa na construção da minha postura profissional. Muito Obrigada!

À minha querida **turma de mestrado** por todo o aprendizado compartilhado e pelos bons momentos vividos juntas na realização deste sonho.

A **todas as professoras** deste programa de pós-graduação pelo exemplo de dedicação e amor à docência! Muito obrigada!

À Profª Drª **Jordana Almeida Nogueira** pelo ser humano exemplar e pela delicadeza com que contribuiu neste trabalho.

À **Profª Drª Clélia Albino Simpson** por aceitar fazer parte desta banca, pelo apoio à finalização deste trabalho.

Por fim, a todos os que contribuíram para este trabalho....

Muito Obrigada!

SANTOS, A.R.B.N. Percepções e movimentos da pessoa idosa com tuberculose antes ingresso no sistema formal de saúde. 2013. 75f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2013.

RESUMO

Com prolongamento da vida, têm sido observadas mudanças do perfil de adoecimento da população e modificações nas demandas sociais. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, os avanços tecnológicos relacionados com a saúde têm garantido um aumento da expectativa de vida com garantia para os anos adicionais de qualidade de vida. Paralelo ao aumento do número de idosos na população, tem-se evidenciado um deslocamento da incidência de casos de TB para a faixa etária correspondente à população idosa. Este estudo objetivou analisar as percepções e movimentos de pessoas idosas acometidas por tuberculose em relação às ações e saberes manifestos antes da confirmação do diagnóstico e da procura do sistema formal de saúde, no município de João Pessoa (PB). Trata-se de uma pesquisa do tipo avaliativa de natureza qualitativa, que utilizou banco de dados secundários, levantado no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011, por meio de um roteiro semidirigido de entrevista, realizado com sete idosos doentes de TB. O método de análise utilizado para o tratamento das informações foi a análise de conteúdo, na modalidade temática, que possibilitou a identificação de duas unidades temáticas: *desconfiando de TB e primeiras providências tomadas pelos idosos* e *cuidado com o idoso de TB antes da confirmação diagnóstica*. O estudo revelou, com relação à primeira unidade, que os idosos relacionavam sintomas clássicos da doença a problemas de saúde de menor complexidade. A percepção simplificada levava-os a um movimento equivocado, uma vez que, ao buscarem serviço de saúde para esclarecimento diagnóstico, envidavam medidas de autocuidado, como a automedicação, feita mediante o uso de plantas medicinais, remédios caseiros e medicações alopáticas. Percepções e ações levavam ao atraso do diagnóstico da doença, este obtido apenas pela força do agravamento dos sintomas. Sobre a segunda unidade temática, o estudo revelou existir fragilidades com relação à organização dos serviços de saúde na busca de sintomáticos respiratórios, uma vez que esta busca ativa acontece de forma secundária a visita domiciliar. O agente comunitário de saúde, visto como protagonista da promoção da saúde, considerado elo entre o serviço de saúde e a comunidade, não foi identificado como ator na suspeição dos casos da doença dos sujeitos. A pesquisa mostrou, ainda, que, apesar de existir a descentralização das ações de controle da TB para os serviços da atenção básica em saúde, os idosos acometidos pela doença não se movimentam em direção a esses serviços, dirigindo-se aos níveis mais complexos a rede de atenção em saúde. A porta de entrada no sistema para o idoso de TB é o hospital de referência, o que contraria a lógica da organização do cuidado, a qual tem a atenção básica como ordenadora da atenção à saúde. Ressalta-se a importância do cuidado familiar considerado como primeiro apoio que o idoso tem ao alcance das mãos ao desconfiar da doença. As equipes de saúde devem desenvolver ações que considerem não só o idoso doente de TB, mas sua família e a realidade social, na qual estão inseridos. No tocante à atuação dos agentes comunitários de saúde, recomendam-se ações voltadas à qualificação destes profissionais, para melhor execução das ações de controle da doença na identificação dos sintomas em sintomáticos respiratórios. Assim sendo, espera-se que haja formação de vínculo entre os profissionais e os idosos doentes de TB, de forma que garanta o acesso destes ao diagnóstico da doença por meio da atenção básica, considerada porta de entrada para o serviço formal de saúde.

Palavras-chave: Idoso. Tuberculose. Percepção. Serviço de Saúde.

SANTOS, A.R.B.N. Perceptions and movements of elderly person with tuberculosis before entering the formal health system. 2013. 76f. Dissertation (Masters degree in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2013.

ABSTRACT

With the prolongation of life, have been observed changes in the profile of illness in the population and modifications in social demands. In developing countries, like Brazil, technological advances related to health, have secured an increase in life expectancy with guarantee for additional years of life quality. Parallel to the increasing of the elderly number in population, it has shown a displacement in the incidence of TB cases for the age group corresponding to the elderly population. This study objected to analyze the perceptions and movements of elderly people affected by tuberculosis in relation to the actions and knowledge manifested before confirmation of diagnosis and the search for formal health system, in the city of João Pessoa (PB). This is a research of evaluate kind, which utilized secondary database, collected in the period from December 2010 to February 2011, by means of semi-directed interviews, conducted with seven elderly with TB. The method of analysis utilized for the treatment of information was the content analysis, in the thematic modality, which enabled the identification of two thematic units: *suspecting TB and first measures taken by the elderly and care for elderly with TB before the diagnosis confirmation*. The study revealed to the first unit, that the elderly related classic symptoms of the disease to health problems of low complexity. The simplified perception led them to a wrong move, since it, when searching health services for diagnostic elucidation, evidenced measures of self-care with self-medication, made through the use of medicinal plants, homemade remedies and allopathic medications. Perceptions and actions led to the delay in diagnosis of the disease, it obtained only by force of worsening symptoms. About the second thematic unit, the study revealed to exist fragilities in relation to the organization of health services in the search for respiratory symptoms, since this active search happens in a secondary way to home visits. The Community Health Agent, seen as the protagonist of health promotion, considered the link between health services and the community, was not identified as actor in suspected cases of disease in the subjects. The research has also showed that although existing the decentralization of actions to control the TB for the services of basic attention in health, the elderly affected by the disease do not move toward these services, addressing more complex levels to the gateway system of Health attention. The entrance door for the system for the elderly with TB is the reference hospital, which contradicts the logical of care organization that has the basic attention as ordinator of the health attention. It is emphasized the importance of family care as first support that the elderly have to reach when suspecting the disease, that the health teams should develop actions that consider not only the elderly with TB, but their family and the social reality in which they are in. Regarding the Community Health Agents, it is recommended actions directed to the qualifications of these professionals to better implementation of control actions of the disease and in the identification of symptoms in symptomatic respiratory. Therefore, it is expected that there is a bond formation between professionals and elderly with TB, in order to guarantee them access for the diagnosis of the disease through primary care, considered a gateway for formal health service.

Keywords: Elderly. Tuberculosis. Perception. Health Service.

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1- Marcos legais e normativos que orientam as ações de assistência a 23
população idosa

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1- Mapa do estado da Paraíba com destaque dos principais municípios 31
- FIGURA 2- Divisão administrativa-territorial da rede de serviços de saúde. Município de João Pessoa (PB). 31

SUMÁRIO

1.0	INTRODUÇÃO	14
1.2	OBJETIVOS	19
1.2.1	OBJETIVO GERAL	19
1.2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
2.0	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	22
2.2	CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO COM TB	26
3.0	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
3.1	NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO	30
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	30
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	32
3.4	UNIVERSO EMPÍRICO DO ESTUDO	33
3.5	PROCEDIMENTO PARA OBTENÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	33
3.6	ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	34
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	35
4.0	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1	PRIMEIRA UNIDADE TEMÁTICA: DESCONFIANDO DE TB E PRIMEIRAS PROVIDÊNCIAS TOMADAS PELOS IDOSOS	38
4.2	4.2 SEGUNDA UNIDADE TEMÁTICA: CUIDADO AO IDOSO DE TB ANTES DA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA	47
5.0	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICES	71
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	72
	APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA	73
	ANEXOS	75
	ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	76

1.INTRODUÇÃO

O prolongamento da vida é o desejo de todo ser humano. Mas, além disso, espera-se também que os anos adicionais de vida sejam vividos com qualidade (VERAS, 2009).

A qualidade de vida e o envelhecimento sadio juntos exigem uma compreensão mais abrangente e mais adequada de um conjunto de itens que compõem o cotidiano do idoso. Nos países desenvolvidos, o fenômeno envelhecimento vem em decorrência da queda de mortalidade, dos avanços médicos e tecnológicos, do processo de urbanização e saneamento das cidades, das melhorias alimentares e de higiene pessoal e de melhores condições de moradia (Mendes et. al, 2005).

No caso do Brasil, um país menos desenvolvido, o aumento da expectativa de vida se deve aos ganhos tecnológicos relacionados com a área da Saúde nos últimos sessenta anos, como por exemplo: o desenvolvimento de vacinas, o uso de antibióticos e de quimioterápicos que tornaram possível a prevenção ou cura de muitas doenças. Estes fatores acrescidos da queda da fecundidade, iniciada na década de 1960, permitiu a ocorrência de uma grande explosão demográfica (Mendes et. al, 2005).

Apesar de o Brasil já demonstrar um perfil demográfico semelhante ao dos países desenvolvidos, os centros populacionais do país ainda não dispõem de serviços que deem conta das demandas decorrentes do envelhecimento populacional vigente. Reconhece-se que o aumento da expectativa de vida é importante desde que seja agregado qualidade aos anos adicionais (VERAS, 2007).

A preservação da autonomia, o convívio social, o cuidado, a auto-satisfação, a prevenção, a atenção integral à saúde (VERAS, 2009), a possibilidade de atuar em variados contextos sociais e a elaboração de novos significados para a vida na idade avançada são, hoje, conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos (VERAS, 2007).

De acordo com Veras (2009), em menos de quarenta anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas relacionados com os idosos. As projeções indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a trinta milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003). Em paralelo ao aumento do número de idosos, vem sendo observado, também, um significativo número de pessoas acometidas pela tuberculose (TB) (VENDRAMINI et. al, 2002), uma doença tão antiga mas ainda reconhecida como um dos agravos mais importantes da saúde pública mundial.

A incidência de TB no Brasil tem-se deslocado para a faixa etária correspondente à população idosa. Infectados pelo Bacilo de Koch (BK) nas primeiras décadas do século XX, época em que havia alta prevalência da doença e o tratamento efetivo era inexistente, tais

idosos estão susceptíveis tanto pela reativação endógena em virtude de alterações imunitárias associadas ao envelhecimento, como pela reinfecção exógena (CHAIMOWICZ, 2001a).

O Brasil ocupa atualmente o 22º lugar entre os 22 países com a mais alta carga de TB notificada no mundo (WHO, 2011). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010 foram estimados 5,4 milhões de casos novos; no entanto, foram diagnosticados e notificados 6,2 milhões de casos de tuberculose no mundo (BRASIL, 2012a). Como proposta da OMS, o Plano Global para o Combate da Tuberculose 2011-2015 tem como meta libertar o planeta da TB, reduzindo drasticamente a carga da doença até 2015. Dentre os seis componentes do plano, são elencados: "expandir a estratégia DOTS (*Direct Observed Treatment Strategy, Short - Course* – Tratamento Diretamente Observado em português) com qualidade; visar a coinfeção TB/ HIV, tuberculose multidrogerresistente (TB MDR) e as necessidades de populações pobres e vulneráveis; fortalecer o sistema de saúde com base na atenção primária; empoderar as pessoas com tuberculose e a sociedade civil organizada; envolver todos os prestadores de serviços de saúde; possibilitar e promover pesquisas" (BRASIL, 2012a, p.02).

A taxa de incidência de TB no Brasil apresentou redução entre os anos de 2001 à 2011, informando os seguintes valores: 42,8 casos para cada grupo de 100.000 mil habitantes em 2001 e 36,0 casos para cada grupo de 100.000 habitantes em 2011. A taxa de mortalidade por TB, em 2001, foi a de 3,1 óbitos para cada grupo de 100.000 habitantes e foi reduzida para 2,4 em 2010, uma queda de 22,6% nos últimos dez anos. Embora a região sudeste concentre o maior número de óbitos por TB, a região nordeste apresentou as maiores taxas de mortalidade em todos os anos analisados (BRASIL, 2012a).

Em relação à taxa de incidência de TB, a região nordeste ocupa a terceira posição no Brasil, com 35,9 por 100.000 habitantes. Dos estados do nordeste também três apresentaram as menores taxas de incidência de TB por cada 100.000 habitantes, são eles: Piauí 25,2, Sergipe 27,1 e a Paraíba com taxa de incidência de 28,4 (BRASIL, 2012a).

Em relação a população idosa, de acordo com o censo de 2010, dos 3.766.528 habitantes do Estado da Paraíba, 451.386 são idosos. A Paraíba ocupa atualmente a quinta colocação com relação a população idosa no país. Já entre os estados do nordeste a Paraíba vem ocupando a primeira colocação, com percentual de 15,69 (IBGE, 2010).

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba (SES-PB) no ano de 2010 foram notificados, em todo o Estado, 1421 casos de TB, sendo 994 em homens e 427 em mulheres. Dentro deste total, procedeu-se à notificação de 19 casos em idosos e 13 idosas, todos na faixa etária dos sessenta anos ou mais.

Dos 223 municípios que compõem o Estado da Paraíba, 11 são considerados prioritários para a operacionalização do Programa de Controle da Tuberculose elaborado pelo Ministério da Saúde: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos, Cajazeiras, Cabedelo, Sapé, Sousa, Pombal e Guarabira (LIMA, 2010).

O município de João Pessoa conta com uma população de 723.515 habitantes. Deste total 74.634 são idosos, ou seja, aproximadamente 10% da população. No referido município, em 2010, a taxa de incidência de casos novos de tuberculose foi a de 46,4 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2011a).

No ano de 2011, de acordo com dados fornecidos pela Seção de Tuberculose e Hanseníase da Secretaria Municipal da Saúde de João Pessoa, foram diagnosticados, no referido município, 46 casos novos de TB em idosos, sendo 27 casos do sexo masculino e 19 do sexo feminino. Já no ano de 2012, na população idosa de João Pessoa, foram diagnosticados 29 casos novos em indivíduos do sexo masculino e 19 do sexo feminino, perfazendo um total de 48 casos.

Pela frequente estadia em asilos, os idosos estão mais susceptíveis, fato que por vezes obstaculiza o diagnóstico pelo aumento do tempo decorrido entre o início da doença e o diagnóstico, o que provoca o agravamento do quadro e a disseminação para outros efetivos do mesmo ambiente. Por apresentarem sintomatologia atípica ou escassa, os idosos enfrentam dificuldades inerentes à realização e interpretação de exames complementares, pois existe um número elevado de doenças associadas e lembradas que, frequentemente, impedem a descoberta precoce da TB (CHAIMOWICZ, 2001a).

Segundo Chaimowicz, (2001a), se a ausência de sintomas é comum em idosos, sua presença não é o diferencial no diagnóstico. O processo de envelhecimento é ativo, resultante de alterações de caráter funcional, bioquímico e psicológico. Por ter uma transmissão por vias aéreas, a TB encontra no idoso um sistema respiratório senil, com déficit de sistema imunológico e dificuldades na obtenção de amostras de escarro por diminuição do transporte mucociliar, redução da expansibilidade do tórax e elasticidade alveolar, tudo isso reduz a frequência e eficácia da tosse, dificultando o diagnóstico.

O diagnóstico de TB em idosos exige que sejam levadas em consideração várias especificidades, em virtude da existência concomitante de doenças com sintomatologia semelhante, como é o caso da presença de tosse em tabagistas com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hiporexia e emagrecimento em idosos com depressão e dispnéia em portadores de insuficiência cardíaca congestiva (ICC). A fim de se ter um diagnóstico precoce, deve ser investigada ainda a existência de barreiras culturais, agravos de ordem

neuroológicas e psiquiátricas, que podem dificultar idosos acometidos por TB de se comunicarem de modo eficaz com os profissionais da saúde (CHAIMOWICZ, 2001a).

Por todos esses fatores destacados, ressalta-se a relevância de um enfoque diferenciado da doença no idoso, de forma que se considerem, essas características incomuns no momento do diagnóstico e tratamento, a fim de diminuir os danos à vida dos idosos (VEDRAMINI et. al, 2002), a alta frequência de abandono de tratamento, a baixa positividade da confirmação diagnóstica e o risco de morte (OLIVEIRA et. al, 2005).

A longevidade atual dos brasileiros e a frequência de doenças debilitantes, como a TB, são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos dependentes de cuidados, em especial os prestados por familiares. Portanto, a prevenção das doenças crônicas e degenerativas e a assistência à saúde dos idosos dependentes de cuidados representam novos desafios para o sistema de saúde no Brasil (KARSCH, 2003).

Considerando todos os aspectos singulares no manejo de pacientes idosos com TB, para esse estudo utilizou-se como referencial teórico o cuidado no contexto familiar. Aqui definiu o cuidado como ato de ir ao encontro do outro para, em conjunto, se promover vida saudável a todos, podendo ele ser considerado ainda como atitude de ocupação, preocupação, responsabilização radical, sensibilidade para com a experiência humana e reconhecimento da realidade do outro, que deve ser tido como pessoa e como sujeito com suas singularidades e diferenças (ZOBOLI, 2009).

É necessário reconhecer os aspectos culturais e as fragilidades sociais de quem será cuidado, no caso deste trabalho, dos idosos com TB, uma vez que negar essa dimensão significa eliminar as chances de considerar o cuidado como valor. Atributos humanos como racionalidade, linguagem e comunidade, segundo Pinheiro (2009), talvez possam auxiliar no reconhecimento da diversidade e pluralidade expressas por demandas, compreensíveis muitas vezes por saberes produzidos localmente, pouco apreendidos pelos saberes científicos. A autora citada reforça ainda que essas lacunas de entendimento geradas entre saberes atingem a leitura da realidade cujos efeitos e repercussões são afetados pelo modo de produção do conhecimento em saúde.

Além de ser uma doença crônica que se arrasta ao longo dos séculos, a TB exige terapêutica prolongada, causando modificações importantes no cotidiano dos acometidos por ela. No idoso torna-se mais grave pois se apresenta de forma inespecífica, com diagnóstico dificultado pelas modificações funcionais, bioquímicas e psicológicas próprias do envelhecimento.

Acrescenta-se ainda o fato de esses idosos fazerem parte de sistemas familiares, com modelo próprio de saúde e de tratamento de seus membros, onde estão inseridos os valores sociais, econômicos, culturais, além de práticas, que guiam as ações da família em busca da promoção da saúde de seus integrantes (ELSEN, 2002) . Além destas particularidades de contexto familiar, o adoecimento por TB neste grupo etário é percebido, entre outras formas, como sofrimento pelo isolamento social que vivenciam, pelas dificuldades de realizarem o tratamento, pelo medo do contágio ou pela mudança na percepção da imagem corporal que tem implicações em diferentes âmbitos do viver, especialmente nos relacionamentos sociais (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010).

É importante reconhecer as percepções dos idosos acometidos por TB durante o aparecimento dos primeiros sintomas. Como os idosos entendem o adoecimento por TB? Quais as decisões e ações tomadas ante o adoecimento antes do diagnóstico da doença? Deve-se considerar que o idoso tem uma respeitável experiência de vida, em que ele próprio é o gerente de seu cuidado, além de fazer parte de um sistema familiar que implementa suas próprias condutas de saúde, mesmo que por vezes, dentro deste sistema familiar, sejam tomadas inadequadas decisões de cuidado para com o tratamento de TB.

Nesta perspectiva, destaca-se a necessidade de desenvolver pesquisas que revelem como o entendimento dos primeiros sintomas da doença influenciam a procura do sistema formal de saúde pelos idosos em busca de tratamento e como estes aspectos contribuem para o retardo do diagnóstico e agravamento do quadro de TB, principalmente em idosos. Portanto, na intenção de aprofundar o conhecimento acerca do cuidado à idosos com TB, contribuindo para o desenvolvimento de novas estratégias de cuidado em saúde para pessoas idosas acometidas pela doença, questiona-se: Quais as percepções e movimentos de pessoas idosas acometidas por TB, considerando-se o percurso feito entre o aparecimento dos primeiros sintomas da doença até à procura do sistema formal de saúde?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções e movimentos de pessoas idosas acometidas por tuberculose, em relação às ações e saberes manifestos antes da confirmação do diagnóstico e da procura do sistema formal de saúde, no município de João Pessoa(PB).

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Observar a influência dos elementos relacionados aos saberes dos idosos frente à tuberculose e suas implicações na busca por tratamento;
- Identificar os motivos que influenciam a procura dos idosos pelo sistema formal de saúde frente a suspeita do diagnóstico de tuberculose.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A história das sociedades vem sendo marcada pelo envelhecimento populacional, fato que vem acompanhado de reflexões sobre os modos de pensar e viver a velhice, na perspectiva da qualidade de vida, tendo-se a saúde como eixo central. Os estigmas negativos associados ao processo de envelhecimento têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais, com o avançar da idade, sendo as representações sociais construídas em torno da velhice, fortemente associadas à doença (BRASIL, 2010a).

A saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são áreas prioritárias do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) do Ministério da Saúde. É considerado idoso no Brasil todo indivíduo incluído na faixa etária dos sessenta em diante.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior aos sessenta anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Através de projeções estatísticas da OMS, no período de 1950 a 2025, o número de idosos no país deverá ter aumentado quinze vezes, enquanto a população total subirá cinco vezes, passando o Brasil no ano de 2025, a ocupar o sexto lugar no contingente de idosos, com um total de cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais (BRASIL, 2010a).

Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos, provavelmente, apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (FIRMO et al, 2003).

Devido ao crescente aumento da população idosa, pode-se observar a elaboração e implantação de alguns marcos legais e normativos, mostrados no quadro abaixo, que orientam a execução das ações de assistência a essa população (BRASIL, 2010a):

<u>Política Nacional do Idoso</u> , promulgada pela Lei 8.842/94, regulamentada pelo Decreto 1.948/96.	Assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema único de Saúde (SUS).
<u>Política Nacional de Saúde do Idoso</u> , estabelecida pela Portaria Ministerial nº 1.395/99.	Determinou que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados com o tema promovesse a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.
<u>Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso</u> , proposta pela Portaria GM/MS nº 702/2002.	Criação das redes, tendo-se como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades, definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2002). Como parte de operacionalização das redes, são criados os critérios para cadastramento dos centros de referência em atenção à saúde do idoso.
<u>Estatuto do Idoso</u> , aprovado pela Lei nº 10.741/2003.	Considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, ampliando-se a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa.
<u>Pacto pela Saúde</u> , publicado, por meio da Portaria/ GM nº399 em fevereiro de 2006a.	A Saúde do Idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão, desencadeando ações de implementação de diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.
<u>Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)</u> , aprovada através da portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, em 19 de outubro de 2006.	Tem por finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. São alvos dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

QUADRO 01- Marcos legais e normativos que orientam as ações de assistência à população idosa.

FONTE: BRASIL (1996a, 1999, 2002, 2003, 2006a, 2006b, 2010a).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) tem como pressupostos: a consideração do aumento da expectativa de vida da população brasileira, os incontestáveis progressos políticos e técnicos na área de gestão da saúde. Reforça que o conceito de saúde para o indivíduo idoso se revela mais pela sua condição de autonomia e independência que pelo processo de saúde-doença, além de atentar para a necessidade da qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações pautadas na concepção promoção da saúde (BRASIL, 2006b).

Portanto, dentro de tais pressupostos, a promoção à saúde do idoso inclui as seguintes diretrizes (BRASIL, 2006b, p.07):

- “Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde;
- Divulgação e informação para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas”

Na Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa deve existir a incorporação do conceito de promoção da saúde, de forma que garanta a melhoria da qualidade de vida do idoso, além de proporcionar o aumento da resolutividade da atenção à saúde desta população. Deve contribuir ainda para o envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes da Saúde da Família com a saúde do idoso, mediante atividades, como a atenção domiciliar e ambulatorial, com a utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial (BRASIL, 2006b).

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional e hierarquizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com a educação permanente em saúde, além do exercício do trabalho em equipe. Isso porque estabelecer estratégias de aprendizado que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais, é estar garantindo a realização das ações de promoção à saúde, nos planos individual e coletivo (MACHADO et. al, 2007).

Na perspectiva da integralidade, os desafios postos por uma doença e/ou agravo como a TB envolvem tanto questões relativas à oferta dos serviços assistenciais como questões referentes às possibilidades futuras de redução do número de portadores dessa doença e/ou agravo. Em outros termos; as políticas de saúde pautadas na integralidade devem se basear numa perspectiva muito ampliada de apreensão das necessidades assistenciais (MATTOS, 2004).

A integralidade como diretriz do SUS orienta para o acesso de todo cidadão ao sistema de saúde, nos diversos pontos da linha do cuidado em saúde, assim como nos campos da prevenção e da cura, técnico ou político. As ações pautadas na perspectiva da integralidade voltam o olhar para o sujeito dentro de uma lógica de atendimento que considera o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano (PINHO et. al, 2007).

Portanto, para a construção do cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação (AYRES, 2004).

Embora existam avanços nas políticas de atenção à saúde do idoso, ações não têm sido suficientes para atender às necessidades de saúde desta parcela da população. O adoecimento no idoso tem suas singularidades, uma vez que o declínio das funções biológicas torna-o vulnerável a enfermidades, como a TB. Como já foi dito, tem sido observado um deslocamento dos números de casos da TB na faixa etária dos idosos. Por este motivo, se faz necessário um cuidado prestado na perspectiva da integralidade, afim de que seja preservada a sua qualidade de vida, evitando-se o agravamento do quadro e até a morte.

Considerando que um atendimento integral vai além da formulação do planejamento terapêutico, mas abrange também a regulação das políticas públicas do setor, a reorientação das relações entre o Estado e a Sociedade (PINHO et. al, 2007), deslocando o processo assistencial centrado em procedimentos fragmentados, por outros processos, que se pautem pela responsabilização, vinculação e o cuidado integral, na perspectiva de criar um projeto terapêutico adequado a cada idoso na sua singularidade (MALTA; MERHY, 2010).

Reconhecer as necessidades dos idosos acometidos pela TB torna-se uma tarefa indispensável, pois para os profissionais da saúde prestarem um cuidado na perspectiva da integralidade, valorizando-o na sua singularidade, é preciso estar ciente da realidade vivenciada por este ser. Desta forma, será possível realizar um cuidado humano e digno das necessidades do ser cuidado (PEREIRA et. al, 2010).

A prevenção e promoção da saúde do idoso com TB só poderão ser atingidas se forem pautados na integralidade do cuidado. Desta forma, se chegará ao alcance de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e do envelhecimento no curso de vida. Além do mais, oportunidades de formação nesta perspectiva se multiplicarão e deverão fazer face às demandas sociais crescentes pelo envelhecimento populacional, ao mesmo tempo que

contribuirão na construção de modelo assistencial pautado em princípios do SUS, tão necessário quanto ainda pouco consolidado (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008).

Segundo Pereira et al (2010), o grande desafio dos profissionais da saúde, diante do cuidado com o idoso com TB, tem sido considerá-lo ser humano, ser singular e integral, isto é, compreender a dimensão física, psíquica, social e espiritual, com compromisso e responsabilidade para com a vida em diferentes manifestações.

Por fim, Pinho et al (2007) dizem que a integralidade como conhecimento e prática de saúde vem ao encontro do respeito às singularidades, às complexidades, aos momentos, aos espaços e aos limites pessoais-interpessoais. Todos os fatores são de suma importância à vida da pessoa idosa, especialmente à das adoecidas por TB, pela sua condição de vulnerabilidade.

2.2 CUIDADO FAMILIAR AO IDOSO COM TB

A integralidade se constitui como uma ferramenta legal-institucional, carregada de valores éticopolíticos, onde o cuidado é a sua maior expressão de atividade humana. Na formulação das políticas públicas de saúde, o cuidado adquire o sentido de designação de um nível ou âmbito de atenção do sistema de saúde como um procedimento técnico específico ou uma conduta assistencial simplificada. Já com relação aos conhecimentos técnicos incorporados nas políticas de saúde, as tecnociências, o cuidado é definido como a construção de conhecimento teórico-prático, ancorado quase exclusivamente em saberes anatomoclínicos, fisiopatológicos e genéticos (PINHEIRO, 2009).

Por sua vez, segundo a concepção de cuidado como valor, o cuidado traz na sua definição a integralidade na ação, com significados e sentidos voltados para a consideração da saúde, como o direito de ser, que deve ser respeitado por todos. Nos planos organizacionais e políticos, esse direito se expressa na decisão dos usuários sobre a melhor prática terapêutica a ser utilizada em seu favor. Desta forma, o cuidado se corporifica na forma de respostas adequadas às demandas de saúde apresentadas (PINHEIRO, 2009).

Em se tratando do cuidado voltado aos idosos, cuidado gerontológico, este é prestado, na maioria das vezes, pela família ou por cuidadores informais, pelos profissionais e instituições de saúde. O ato de cuidar em família envolve projetos de vida, que podem ser compartilhados, no caso de cuidados entre cônjuges gerando poucos conflitos, ou podem envolver filhos causando conflitos maiores, que se tornam um obstáculo a esse cuidado, pois os projetos de vida são diferentes e terão que ser redefinidos ou até mesmo abandonados em detrimento do cuidado com o familiar (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

Em geral, a família é vista como o maior núcleo de apoio social, de ajuda, de compreensão, local onde podem ser compartilhados problemas; porém, essas dimensões não são bem estruturadas, geram conflitos e dificultam o cuidado com a pessoa idosa (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005). No Brasil, por exemplo, onde existem fragilidades no campo da Saúde Pública, a família continua representando fonte primordial de assistência para uma parcela significativa da população idosa (SAAD, 1999). Tal situação se configura em um desafio para os profissionais da Saúde, uma vez que, ao se descobrir com TB, o idoso toma com a família as primeiras medidas ainda em ambiente doméstico, sendo este o local onde se processam os primeiros e os principais cuidados. A diversidade cultural encontrada nas famílias evidencia a importância de um cuidado mais próximo da sua realidade. Deve ser considerado o contexto familiar em que está inserida, para que se torne possível a prestação de um cuidado adequado, que leve em consideração os aspectos singulares de cada família estudada (RESTA; BUDÓ, 2004).

A família é um sistema de saúde para seus membros e contém um modelo próprio de processo saúde-doença no qual estão inseridos seus valores, crenças, conhecimentos e práticas que norteiam as ações da família na promoção da saúde de todos, na prevenção e no tratamento da doença. Neste sistema, a família supervisiona o estado de saúde de seus membros, toma decisões sobre os caminhos que devem trilhar, mediante queixas ou sinais de mal-estar, como é o caso do idoso com TB, monitora e avalia a saúde e a doença de seu componente, pedindo ajuda a seus significantes e profissionais. O sistema familiar de saúde está inserido num contexto sociocultural permeado pelos saberes populares e profissionais de cuidado, onde ocorrem trocas, influenciando-os e sendo influenciado por eles (ELSEN, 2002).

A inclusão do familiar no tratamento do idoso doente de TB, em paralelo à articulação com as unidades básicas de saúde é uma ação extremamente importante (OLIVEIRA et al, 2009) que concorre para o êxito do tratamento do idoso com TB. Compete aos profissionais da atenção básica à saúde desenvolver o cuidado centrado no trabalho em equipe e com base nas necessidades da pessoa e das famílias assistidas (SÁ et. al, 2007).

Atualmente, o descolamento da TB para a faixa etária dos idosos, é visto como uma realidade ameaçadora que afeta o sujeito e o incapacita, sendo capaz de provocar mudanças não só no espaço familiar, mas também na sua relação com o mundo e consigo mesmo. O apoio familiar ao idoso acometido pela doença é expresso com demonstração de afeto e confiança durante o tratamento (CLEMENTINO et. al, 2011).

Portanto, para os idosos a existência de uma pessoa com que ele possa contar, tanto para o enfrentamento da doença como para as dificuldades inerentes ao tratamento

medicamentoso, é muito importante, pois, mesmo durante as visitas domiciliares, é dito pelo doente o desejo de interromper o tratamento, de modo que o estímulo dos familiares nestes momentos é indispensável (VENDRAMINI et. al, 2002).

É indiscutível a importância da família no cuidado do idosos com TB, como alternativa no sistema de suporte informal; porém, há de se admitir que, embora o cuidado familiar, embora seja uma atividade aspecto importante no êxito do tratamento, não se aplica a todos os idosos. Existem idosos que não têm família ou têm familiares pobres que precisam trabalhar e não podem deixar o mercado de trabalho para cuidar deles (CALDAS, 2003).

O processo de adoecimento de um membro da família pode alterar a dinâmica familiar. À medida que a pessoa idosa com TB vai desenvolvendo a doença, há uma mudança de papéis nos membros da família. De forma geral, cuidar dos familiares idosos é mais um dos papéis socialmente determinados à mulher, que assume esse cuidar dentro da esfera doméstica (CALDAS, 2003).

Portanto, no percurso da vida do idoso, a família tem uma importância fundamental no fortalecimento das relações, embora muitas vezes passe dificuldades em aceitar e entender o envelhecimento do familiar, tornando o relacionamento mais difícil (Mendes et. al, 2005).

Neste sentido, de acordo com Portella (2010), a Estratégia de Saúde da Família tem fundamental importância na promoção da saúde familiar, especialmente na do idoso, pois, além de auxiliar no controle de agravos como a TB, contribui, substancialmente, na melhoria da qualidade de vida daqueles com quem interage de forma efetiva.

Por fim, segundo Oliveira et al. (2011b), a ESF deve ter conhecimento de todos os membros da família do idoso acometido pela TB, para que possa ser feita uma investigação dos possíveis contatos, orientação sobre a doença e o tratamento, e a família saiba o que está acontecendo com seu familiar e auxiliando-o com todo o suporte necessário.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Natureza da investigação

Nesta pesquisa, utilizou-se banco de dados secundários, levantado no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011. Teve como enfoque central analisar as percepções e movimentos de pessoas idosas acometidas por tuberculose em relação às ações e saberes manifestos antes da confirmação do diagnóstico e da procura do sistema formal de saúde, no município de João Pessoa capital do estado da Paraíba.

Por essa razão, optou-se pela pesquisa do tipo avaliativa de natureza qualitativa. Segundo Novaes (2000), a investigação avaliativa visa principalmente à produção de conhecimento científico, com a finalidade de nortear processos decisórios. A pesquisa qualitativa, no entanto, evita números e lida com interpretações das realidades sociais (BAUER; GASKELL, 2007), ou seja, pode ser entendida como uma tentativa de compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos (RICHARDSON, 1999). Trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

3.2 Cenário do estudo

Elegeu-se como cenário do estudo o município de João Pessoa, que é considerado um dos municípios prioritários pelo Ministério da Saúde para operacionalização das ações do programa de controle da TB (figura 1). De acordo com dados do IBGE (2010), João Pessoa possui uma população de 723.515 habitantes e uma área territorial de 211,474 km². Limita-se ao norte com o município de Cabedelo por meio do rio Jaguaribe; ao sul com o município do Conde pelo rio Gramame; a leste com o Oceano Atlântico; a oeste com os municípios de Bayeux pelo rio Sanhauá e Santa Rita pelos rios Mumbaba e Paraíba, respectivamente.

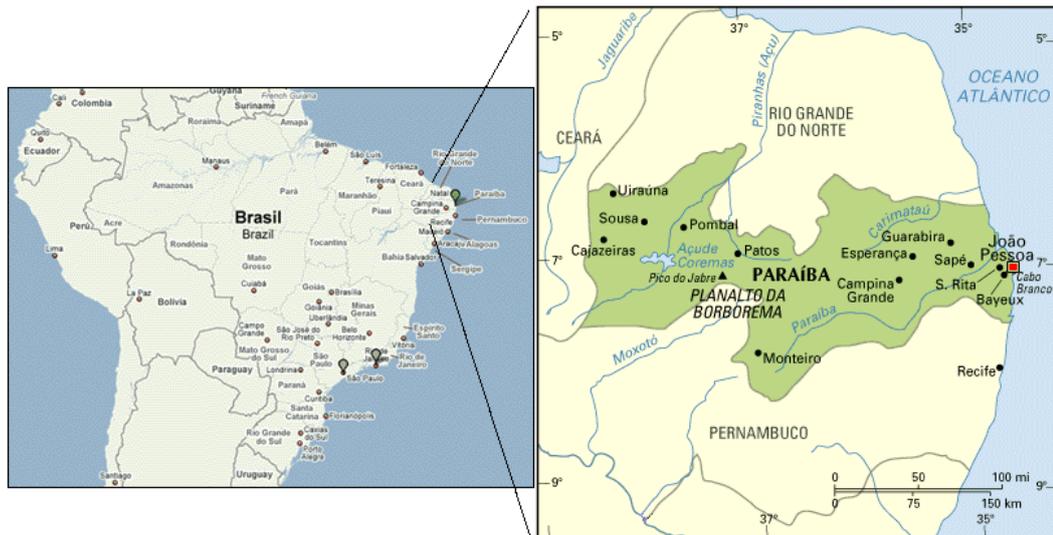


FIGURA 1 - Mapa do Estado da Paraíba com destaque dos principais municípios.

Fonte: Internet (2012).

A rede de serviços de saúde está distribuída, territorialmente, em cinco Distritos Sanitários (DS) (figura 2), que recortam toda a extensão territorial da cidade, sendo o maior deles o DS III, que engloba uma população de 179. 229 habitantes, distribuída em quatorze bairros. Em cada distrito, existe um diretor responsável em gerenciar e operar ações de atenção e vigilância à saúde executadas nas respectivas dimensões geográficas (JOÃO PESSOA, 2006).

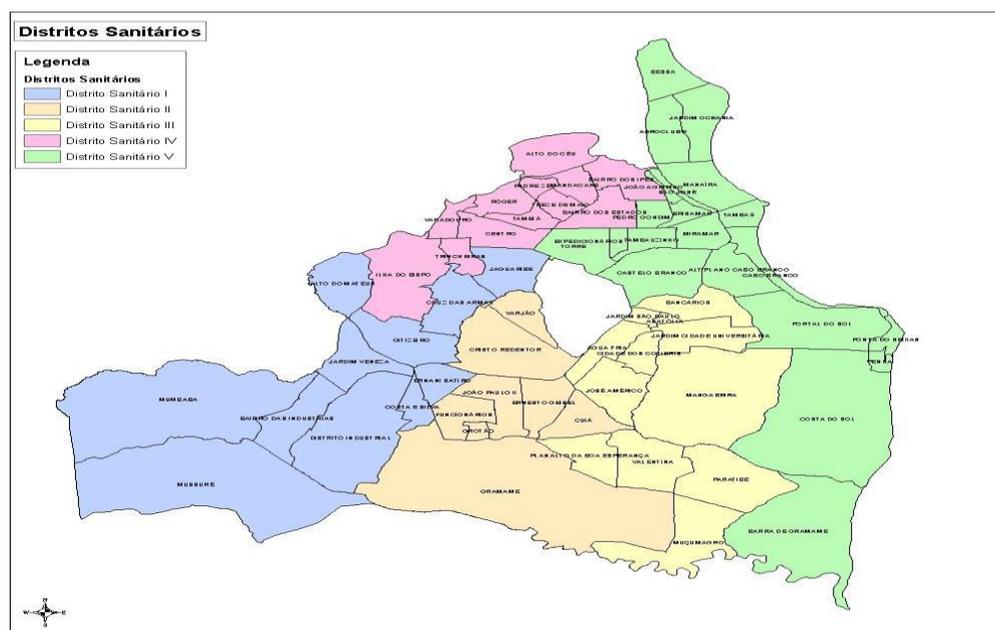


FIGURA 2 - Divisão administrativa-territorial da rede de serviços de saúde. Município de João Pessoa.

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde. João Pessoa.

João Pessoa representa o mais importante polo de referência no Estado da Paraíba, com migrações internas e externas que influem na geração e avaliação dos seus indicadores de saúde, demográficos e socioeconômicos. Pertence ao 1º Núcleo Regional de Saúde (NRS) juntamente com mais 24 municípios, todos localizados na mesorregião do agreste paraibano.

Segundo dados da Secretaria da Saúde do município de João Pessoa, as ações de controle da TB são realizadas com o apoio de 180 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que cobrem 89% da população, elegendo João Pessoa como a segunda capital do nordeste em cobertura da ESF, 8 Programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS) distribuídos da seguinte forma: Distrito Sanitário I: 4; Distrito Sanitário II: 1; Distrito Sanitário III: 3. Conta ainda com vinte Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 3 Centros de Atenção Integral à Saúde, 4 hospitais municipais, 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 1 hospital de referência sendo este de gestão estadual e 2 laboratórios que realizam a baciloscopia. Acrescenta-se ainda uma rede de suporte indireto que conta com 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 4 consultórios de rua e 1 Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM).

3.3 Sujeitos do estudo

Segundo Minayo (2004), numa abordagem qualitativa, os critérios básicos levados em consideração para definir uma amostragem são os seguintes: são privilegiados os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; os consideram em número suficiente para permitir certa reincidência de informações, mas sem desprezar informações ímpares, cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; o conjunto de informantes tem que ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; o pesquisador deve primar pela escolha do lócus e do grupo de observação e informação que contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.

Participaram deste estudo sete doentes idosos de TB. Como critério de inclusão dos sujeitos foram considerados: ser maior de 60 anos; estar em tratamento de TB ou tê-lo concluído o tratamento de TB em unidades de saúde do município de João Pessoa e ser domiciliado neste município.

Para identificação dos sujeitos, pôde-se contar com o apoio da coordenadora da Seção Tuberculose do referido município, a qual buscou no sistema de Informação de Agravos de

Notificação (SINAN) informações sobre doentes que se encaixavam no perfil do estudo, disponibilizando informações sobre os dez idosos. Destes, um havia falecido, um se mudou e um não foi possível contactar, o que resultou em sete sujeitos da pesquisa. Tais sujeitos foram decodificados pela letra C do alfabeto e por números arábicos e dispostos na sequência em que foram entrevistados de C1 a C7.

3.4 Universo empírico do estudo

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro semidirigido de entrevista, contendo questões válidas para os objetivos da pesquisa. Foi construído a partir de múltiplas discussões realizadas no grupo da Rede-TB, especificamente com o grupo de estudos qualitativos em TB. As questões inseridas no instrumento foram minuciosamente construídas de modo que se obtivessem satisfatórios que respondessem aos objetivos elencados no estudo.

A técnica empregada para obtenção dos dados foi a entrevista. Esta possibilita alcançar dados mais fidedignos que forneçam informações mais profundas sobre a realidade, evidenciando valores e opiniões dos atores sociais envolvidos com o tema. As entrevistas foram realizadas no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011.

A entrevista é um método importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas, ou seja, ato de perceber realizado entre duas pessoas (RICHARDSON et al., 2009). É uma técnica preciosa de conhecimento interpessoal, a qual facilita, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, do entrevistador (TURATO, 2003).

Nesse sentido, utilizou-se a entrevista semidirigida por esta permitir ao pesquisador uma melhor interlocução com o entrevistado, no intuito de auxiliar a construção das ideias em exposição. Aqui, adotou-se a nomenclatura entrevista semidirigida em vez de entrevista semi-estruturada por compactuar com o pensamento de Turato (2003) segundo o qual, todas as entrevistas sempre têm uma estrutura previamente estabelecida, por outro lado, quanto a serem dirigidas, podem ser totalmente, parcialmente ou praticamente nada, pois o ato de dirigir significa dar direção, apontar o caminho por onde a entrevista caminhará.

3.5 Procedimento para obtenção do material empírico

A coleta de informações foi realizada em horários previamente agendados e foi realizada nas residências dos idosos.

No início de cada entrevista, foram explicados os objetivos da pesquisa em questão, para maiores esclarecimentos e obtenção de uma maior aproximação entre entrevistador e entrevistado. Após as devidas explicações sobre garantia de sigilo e destino dos dados coletados, o entrevistado manifestou o desejo de participar da pesquisa voluntariamente. Então, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, firmando-se assim, por escrito, a sua participação voluntária na pesquisa.

Para a coleta de informações, utilizou-se um gravador de voz em todas as entrevistas que, posteriormente foram transcritas pela pesquisadora. Utilizaram-se, também, impressos dos formulários de entrevista pré-estabelecidos juntamente com a orientadora.

O material coletado na pesquisa ficará de posse e guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, para alguma eventualidade ou solicitação das partes integrantes da pesquisa.

3.6 Análise do material empírico

A expressão comumente usada para representar o tratamento das informações de pesquisa qualitativa é a análise de conteúdo (MINAYO, 2008), podendo ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação. Visa a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens (BARDIN, 2009).

Na tentativa de encontrar os significados manifestos e latentes no material qualitativo têm sido empregadas várias técnicas; dentre elas, a análise temática (MINAYO, 2008). Na análise temática, tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (BARDIN, 2009).

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado, ou seja, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definidoras do caráter do discurso (MINAYO, 2008).

A análise dos dados foi feita segundo os preceitos de Minayo (2008), segundo o qual, operacionalmente a análise temática se desdobra em três fases:

- Pré-Análise- Esta fase teve relacionada com as escolhas dos documentos que foram analisados; na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, sendo reformuladas ante o material coletado; e na elaboração de indicadores que orientaram a interpretação final. Nessa fase foram determinadas a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade e codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise.
- Exploração do material- Essa fase foi o momento de aplicar o que se definiu na fase anterior. Foi a fase mais longa. Houve necessidade de serem feitas várias leituras de um mesmo material.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação- A partir daí, a analista propôs inferências e realizou interpretações previstas no seu quadro teórico ou abriu outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. Nessa fase foram definidas as unidades temáticas.

O percurso analítico se fez pela sequência descrita a seguir. Na fase de pré-análise e constituição do *corpus* foram selecionadas as sete entrevistas realizadas com idosos acometidos pela TB. Passando para as etapas de exploração do material e do tratamento dos resultados obtidos e interpretação, todo o conteúdo das gravações foi ouvido e em seguida foram realizadas as transcrições do material gravado de cada sujeito. Para a garantia da qualidade do material empírico, as entrevistas foram novamente ouvidas, de modo que se fizeram correções e ajustes. Uma vez transcritas, no processo, com relação aos conteúdos, foram observadas a exaustividade, homogeneidade, representatividade e pertinência das informações. Em seguida, passou-se para as fases da leitura nas modalidades leitura flutuante, longitudinal e transversa. Nesta última deu-se início à codificação, com base nas unidades de registro e formulação de pré-hipóteses.

Para o alcance do objetivo proposto, mediante análise prévia das falas obtidas nas entrevistas com os idosos, foram destacadas as unidades de registro. Foram feitos recortes dos extratos de falas correspondentes a cada núcleo de sentido. Esta conformação permitiu eleger duas unidades temáticas: *desconfiando de TB e primeiras providências tomadas pelos idosos, e cuidado ao idoso de TB antes da confirmação diagnóstica.*

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa de campo só foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), tendo por número de parecer: 109.545 (CEP/CCS/UFPB) (BRASIL, 1996b). Foram seguidas as observâncias éticas contempladas na Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os pesquisados foram esclarecidos pela mestranda com leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), assinado em duas vias pelas partes envolvidas (entrevistador e entrevistado), mantendo assim em sigilo a identidade do entrevistado e sua desistência de participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou dano.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PRIMEIRA UNIDADE TEMÁTICA: DESCONFIANDO DE TB E PRIMEIRAS PROVIDÊNCIAS TOMADAS PELOS IDOSOS

Segundo Stotz (1993), existem sinais e sintomas que são reconhecidos como doenças, vistos como expressão que desvia da normalidade biológica do sujeito, outros não. Mesmo quando são identificados como doenças, seu caráter individual e coletivo não é assumido.

A apresentação clínica da doença é um aspecto a ser sinalizado na TB no idoso, devido a algumas características que o diferenciam de outros segmentos população e adquirem grande importância no diagnóstico e tratamento da doença (VEDRAMINI; VILLA; GONZALES; MONROE, 2003).

O fato de os idosos doentes de TB cogitarem a possibilidade de estar adoecidos por outro problema de saúde influencia a demora em desconfiarem da doença, por não perceberem-na, além do fato de crerem ser a doença algo passageiro, uma vez que a sutileza e capciosidade destes sintomas poderiam estar ligados a outras doenças mais comuns e de fácil diagnóstico e tratamento, como a gripe, ou ainda, além do medo de um diagnóstico, quando os sintomas ficam mais exacerbados (BERALDO, 2012).

Quando foram perguntados o que sentiram quando desconfiaram estar doentes de TB, os idosos relataram:

Eu comecei com uma tosse seca, aquela moleza no corpo, o corpo todo doendo. (C1)

Quando eu tive o começo da doença não foi assim com tosse, não tinha tosse, febre também foi muito pouca [...]. Quando tossi já só veio o sangue. (C3)

Eu tive pouca febre e também não tossia muito, só sentia uma dor no pulmão. (C4)

Eu sentia uma tosse que tava acabando comigo, eu sentia o meu corpo todo doendo. (C5)

Eu senti fraqueza, sentia tontura na cabeça, tossindo sem ter gripe, sem ter catarro, só aquele negócio seco, me passava à vontade de comer. (C6)

Eu já sabia que tava doente, porque eu tava me sentindo fraca. Tossia muito, comia mais não tinha esse ânimo todo, não tinha febre e nem dor de cabeça. (C7)

Nos relatos da maioria dos idosos com TB, pode-se observar a apresentação de sintomas clássicos da doença na sua forma pulmonar, como: tosse persistente, produtiva ou não (com muco e eventualmente com sangue), febre e emagrecimento (BRASIL, 2011c). Chama a atenção a tosse referida por quase todos os sujeitos. Mas o quadro é variável: há aqueles que não referem tosse como sintoma principal, mas escarro sanguinolento e febre.

A tosse (persistente por mais de duas semanas) é o sintoma mais precoce da TB pulmonar. Todo paciente que procure o sistema de saúde, apresentando esse sintoma deve ter a TB incluída na sua investigação diagnóstica; porém, a tosse e a expectoração que surgem com a evolução da doença são, geralmente atribuídas a uma gripe mal curada, bronquite tabágica ou qualquer patologia clínica (BRASIL, 2011c; SIRQUEIRA, 2012).

Um estudo realizado com idosos acometidos por TB em um hospital do Rio de Janeiro, vem a confirmar os achados nesta pesquisa, onde se relata que a tosse foi o sintoma mais comum em toda a amostra, que era constituída por pessoas entre os 15 e os 87 anos, que a febre, hemoptise e dor torácica foram estatisticamente mais comuns entre os não idosos; porém esteve presente a 30% dos idosos participantes da pesquisa. Relatos de emagrecimento e dispnéia são mais comum entre idosos. Portanto, em tal estudo, os achados clínicos em idosos se assemelharam com a sintomatologia respiratória tradicional, onde há predominância de sintomas inespecíficos e presença de doenças associadas. Tal situação mascara o quadro sintomático da TB em idosos (CANTALICE FILHO; SANT'ANNA; BÓIA, 2007).

Outro estudo que corrobora os achados desta pesquisa foi desenvolvido na cidade do Recife com idosos doentes de TB, revela uma menor frequência de tosse, sudorese noturna e dor torácica entre os idosos. Isto provavelmente deve estar atribuído à diminuição do reflexo de tosse e do limiar de dor próprios do envelhecimento. No idoso, porém, a perda de peso se apresentou mais intensa, acima de dez quilos, agravando os casos de desnutrição prevalentes nesta faixa etária. O estudo expõe ainda, em sua casuística, o número de óbitos por TB maior entre idosos, fato que confirma a existência de uma gravidade maior da TB em idosos do que

em adultos jovens, pois se relaciona com a presença em idosos de co-morbidades, deficiência imunológica e maiores reações adversas aos medicamentos utilizados no tratamento da doença (CAVALCANTI et. al, 2006)

Para Chaimowicz (2001b) o diagnóstico da TB é mais difícil em idosos devido às questões fisiopatológicas e clínicas, pois as alterações da imunidade associadas ao envelhecimento tendem a manter a reação inflamatória ao Bacilo de Koch (BK) na margem "não reativa", apresentando menos lesões exsudativas e caseificação; produção de escarro diminuída especialmente nos fumantes; menor frequência de hemoptise nestes pacientes como foi observado apenas na fala de C3 e a redução da frequência e eficácia da tosse, como relatado por C4.

Juntamente com existência de sintomas inespecíficos e atípicos das doenças nos idosos, como é o caso da TB. Esses indivíduos buscam práticas terapêuticas para alívio ou cura de desconfortos físicos ou mentais causadas por tais doenças, fazem isso mediante o uso de chás, remédios caseiros, automedicação, entre outras práticas (SOUZA; LOPES, 2007).

Como pode ser constatado, a saúde é um setor bastante influenciado pelo rápido processo de envelhecimento e aumento da longevidade da população brasileira, fatores que vêm alterando os padrões de adoecimento, com aumento das doenças crônicas degenerativas, maior suscetibilidade a novas infecções e reativação endógenas ou exógenas de outras, como a TB. Desta forma, acredita-se que o uso de medicamentos é uma intervenção importante para a recuperação e manutenção da saúde de grande parcela dos idosos (MARLIÉRE et. al, 2008).

Porém, segundo Barbosa (2009), torna-se cada vez mais relevante a abordagem de questões como a polifarmácia, iatrogenia, interações medicamentosas e ocorrência de eventos adversos a que estão susceptíveis os idosos pela prática da automedicação.

Por apresentarem várias comorbidades e diminuição da reserva funcional de órgãos e sistemas é que a farmacoterapia nos idosos tem que respeitar as peculiaridades desta faixa etária. Nesta população, existe uma redução da massa muscular e da água corporal, alterações do metabolismo hepático, dos mecanismos homeostáticos, e da capacidade de filtração e de excreção renal, parte daí a dificuldade de eliminação de metabólitos e o acúmulo de substâncias tóxicas ao organismo (BARBOSA, 2009).

Para diminuir o caminho à procura do alívio dos sintomas que os atormentam, mesmo que na maioria das vezes sejam os mais comuns, como aqueles decorrentes de viroses banais, os idosos se sentem impulsionados a utilizar os medicamentos populares para gripe, febre, dor de garganta etc ou até mesmo buscam preparos fitoterápicos (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2001).

Quando foram indagados sobre as primeiras providências tomadas quando se resolveram a buscar ajuda para o que estavam sentindo, os idosos deixaram claro nos seus relatos ter adotado práticas de automedicação, como pode ser observado:

Eu tomei até mastruz com leite. Depois eu fui para o Clementino por que queria me internar. (C2)

As meninas tentaram tudo dentro de casa para ver se combatia a tosse. Não teve jeito. Eu tomava xarope para vê se a tosse ia simhora, mas não foi. (C1)

Primeiro eu tomava os xaropes que eu comprava na farmácia, tomava uma semana, dois ou três dias e parava, melhorava um pouco eu me sentia aliviada, mas vi que não fiquei boa da tosse mesmo. (C7)

Em resumo, as primeiras providências tomadas foram: parar de fumar, depois parar de beber e depois procurar o tratamento. Isso, quando eu já estava com a doença bem avançada. E interrompeu de eu ir trabalhar, faltou força e coragem para fazer minhas coisas, aí eu tive que procurar o médico, já nas últimas. (C6)

O uso de plantas medicinais e o conhecimento de suas indicações terapêuticas são noções que a população idosa detém tirando proveito dela, como fica explícito na fala do colaborador C2 da pesquisa. Fato confirmado por um estudo realizado sobre o consumo de plantas medicinais em uma região do Estado do Rio de Janeiro, onde 21, 4% dos entrevistados relataram que a preparação das fórmulas à base de plantas medicinais é realizada apenas por idosos (VEIGA JUNIOR, 2008).

Para Lima et al. (2012), a utilização de plantas medicinais está agregada ao cotidiano dos idosos, sendo vista como uma forma de recurso terapêutico para tratamentos de problemas de saúde que eles consideram menores. O autor acrescenta que as representações sobre plantas medicinais construídas ao longo da vida pelos idosos, dizem respeito a bem fitoterapêutico, além de apresentarem pouco risco à saúde por serem naturais, desconsiderando as reações adversas e os efeitos tóxicos decorrentes do uso indevido.

Outro estudo também realizado no Estado do Rio de Janeiro sobre o uso de plantas medicinais, desta vez na população de Ilha Grande, revelou dados que condizem com os relatos citados acima. Em tal estudo, foi observado que a população idosa tem maior preferência pelo uso de plantas medicinais no tratamento de suas doenças, sendo mais frequente nesta faixa etária a gripe, o resfriado e as infecções bacterianas. Por se tratar de uma parte da população carente com patologias crônicas, que levam boa parte de suas rendas para serem tratadas, os idosos, por essas questões financeiras, recorrem mais ao uso de plantas medicinais (MENDONÇA FILHO; MENEZES, 2003).

Entende-se por automedicação o uso de medicamento sem a prescrição, orientação e/ou o acompanhamento do médico ou dentista (BRASIL, 2001). Inúmeras são as causas da automedicação; dentre elas, a propaganda na mídia sobre determinados medicamentos, a dificuldade e o custo de conseguir a opinião médica, a limitação do poder de prescrição a poucos profissionais, as necessidades de saúde da população ante os sintomas ou possibilidades de adquirir uma doença (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2001). Tais motivos podem também justificar a prática da automedicação no idoso acometido pela TB, como foi exposto no relato de C1 e no de C7.

Em um outro estudo realizado com mulheres idosas sobre o perfil de automedicação, 86% dos produtos envolvidos em autotratamento por este grupo são alopáticos. Em contrapartida apenas 9% são medicamentos caseiros ou fitoterápicos. Portanto, de acordo com os dados desta pesquisa, um em cada três usuários de medicamentos faziam uso de ao menos uma especialidade farmacêutica alopática sem indicação por profissional habilitado (BARTOLON et. al, 2008). Já em uma outra pesquisa da mesma temática, para manejo das situações de adoecimento, os idosos em 47,4% dos casos recorrem a plantas medicinais, contra 30,7% dos que buscam medicamentos de venda livre para suas necessidades de saúde (CASCAES; FALCHETTI; GALATO, 2008).

De acordo com Bartolon et al. (2008), no tocante à TB, esta prática de utilização indiscriminada de medicamentos pode levar ao aumento do número de substâncias usadas pelos idosos, resultando em mascaramento dos sintomas da doença, assim como a interações medicamentosas e efeitos adversos.

Ainda quanto à interação medicamentosa, toda orientação para o uso das medicações, feito por paciente que fazem ingestão de bebidas alcoólicas, além da prática tabagista, como no caso de C6, deve enfatizar que tal situação aumenta o risco para o desenvolvimento de efeitos colaterais. Cabe, portanto, aos profissionais a observação contínua e sistematizada sobre esses pacientes durante o tratamento da TB, no sentido de minimizar e detectar

precocemente possíveis efeitos dessa interação. Isoladamente, o alcoolismo já se constitui uma enorme barreira ao prognóstico e tratamento da TB no idoso; entretanto, nunca deve ser considerado como fator único, pois vem associado a várias dimensões da sua vida: baixa qualidade de vida, más condições higiênicas, má distribuição de renda, má nutrição, baixa resistência imunológica, pouco desejo de viver e pouca aceitação do tratamento, o que intensifica ainda mais um desfecho desfavorável ao tratamento da doença (ANDRADE; VILLA; PILLON, 2005) e torna caracterizado o adoecimento por TB nos idosos mais severamente caracterizado que na população comum, necessitando eles, conseqüentemente, de cuidado voltado às suas peculiaridades.

Deste modo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que o autocuidado é sem dúvida o principal recurso de qualquer sistema de saúde. Por meio deste autocuidado, as pessoas buscam soluções para suas necessidades de saúde (fato corroborado pelas falas dos colaboradores, sem a necessidade de consultar os profissionais de saúde habilitados), utilizando, por sua vez, práticas de automedicação. No entanto, à OMS se refere a automedicação como um elemento do autocuidado, quando ela é feita de forma correta (WHO, 1998). Deve, porém, ser auxiliada sempre que possível por um profissional da Saúde para se evitar o uso irracional de medicamentos e a identificação de problemas de saúde que necessitam de avaliação, como é o caso da TB em idosos (CASCAES; FALCHETTI; GALATO, 2008).

O aumento da população idosa traz também como realidade o crescimento do contingente de pessoas que não conseguem manter o autocuidado. Situação complexa que vai além de um problema de saúde em si mesmo, envolvendo, as mais das vezes, família e cuidadores (NAKATANI et. al, 2003).

Para Bernal (2003), a família é a primeira rede de apoio social que o idoso tem ao alcance das mãos ao longo de sua vida; portanto, o autor reconhece que esse seio familiar exerce função protetora contra as tensões geradas todos os dias. O apoio prestado pela família é a principal fonte de promoção da saúde e prevenção de doenças e lesões, exercendo função protetora diante das tensões geradas pela vida cotidiana. O suporte familiar adequado resulta em efeitos emocionais positivos e em sensações de pertencimento, cuidado e estima.

Ao serem perguntados sobre a existência de algum membro da família que cuidasse deles, sugeriram a presença do cuidado familiar:

L. que cuida de mim, minha filha. O neto ajudava muito a me carregar, me transportar. (C1)

J. que cuida de mim, ela é minha irmã. (C2)

Tenho a minha filha, ela que me ajuda em tudo sempre. (C4)

Minha filha e minha mulher. (C6)

Meu filho e minha nora. (C7)

Tal situação de cuidado, ao perpassar pela questão de gênero, torna inegável o fato de a grande maioria das atividades cotidianas que envolvem o cuidar de alguém ou de algo ser realizada por mulheres. Além do exemplo do cuidado que as mães dispensam aos filhos e filhas, estão o da filha que tem de cuidar da mãe idosa e o da marcante presença feminina nos serviços de assistência social. Mesmo que se tenham produzido grandes mudanças sociais, modificando a posição das mulheres dentro da família, não é menos certo que a naturalização e biologização de que são determinadas socialmente ao cuidado, continuam etiquetando as mulheres como as melhores ou mais adequadas para cuidar (CRUZ-ORTIZ et. al, 2011).

Um estudo desenvolvido sobre o perfil de cuidadores de idosos com déficit de autocuidado mostrou que 100% dos cuidadores eram do gênero feminino, fato que retrata a construção cultural na sociedade, do papel do cuidar designado à figura da mulher. Essa sobrecarga de papéis vividos pela mulher, que as mais das vezes desenvolve jornadas triplas de trabalho, dificulta a prática do cuidado com o idoso, uma vez que precisam dividir o tempo entre suas atividades, gerando um estresse físico e psicológico, não permitindo o cuidado pessoal como forma de valorização do ser humano (NAKATANI et. al, 2003).

Sabe-se que o vínculo e o apego entre familiares são vitais para o desenvolvimento do ser humano. São essas vivências que servirão de alicerce para a formação das percepções e capacidades interpessoais de todos os membros, mesmo durante a velhice. Mais especificamente, a percepção de suporte familiar está relacionada com a competência social, capacidade de enfrentamento de problemas, percepção de controle, senso de estabilidade, autoconceito, afeto e, por consequência, com o bem-estar psicológico (INOUE; BARHAM; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010).

O lar exerce sobre o idoso um papel fundamental na manutenção da sua própria identidade, podendo favorecer a autonomia e independência necessárias à obtenção de

melhorias para sua recuperação e qualidade de vida. Entretanto, o êxito terapêutico do idoso acometido por TB depende das pessoas responsáveis na prestação deste cuidado (NAKATANI et. al, 2003).

Família que cuida não é aquela formada, necessariamente, apenas pelos unidos por consanguinidade, sendo todos aqueles que estão próximos a ela e exercem influência direta, negativa ou positiva sobre os seus membros (MONTEIRO; BARROSO, 2000). Geralmente os cuidados pelos idosos doentes de TB são prestados pela família e pela comunidade, sendo o domicílio o espaço sociocultural mais adequado (GONÇALVES et. al, 2006), como mostra a fala de C3:

Tem essa garota que fica comigo. Ela é minha colega, não é da minha família. Eu dou uma gratificação a ela, porque não tenho como pagar mesmo. Sabe como é a situação, não é? (C3)

Um dos aspectos levantados por C3 que afeta o cotidiano da maioria dos idosos doentes de TB, é a dificuldade financeira, pois muitos pertencem à camada mais pobre da população. Muitos cuidadores destes doentes sobrevivem dos recursos provenientes da aposentadoria do idoso que, em muitos casos, são insuficientes para atender às necessidades básicas do próprio idoso (GONÇALVES et. al, 2006).

Em casa, o cuidado normalmente incide em um indivíduo que é denominado cuidador principal, por ser o responsável pelos cuidados com o idoso (GONÇALVES et al., 2006). Este cuidador pode ser um membro da família ou não. Existem dois tipos de cuidador: o formal e o informal.

Cuidador formal é o profissional, que recebeu um treinamento específico para a função que exerce mediante uma remuneração, mantendo vínculos contratuais. Já o cuidador informal é o membro familiar, normalmente do sexo feminino, como corroboram os relatos dos idosos, podendo também entrar neste grupo, membros da comunidade, o qual mesmo não tendo laços de parentesco, cuidam da pessoa idosa (RAVAGNI, 2008).

Segundo Caldas (2003), algumas evidências mostram que doenças como a TB, causadoras de dependência, geram gastos crescentes. A necessidade de assistência permanente ao enfermo gera um custo elevado tanto para os familiares como para os idosos, como é o caso em questão, pois, atualmente, nenhum sistema de atenção à saúde prevê uma oferta suficiente dos serviços necessários a uma população com de dependências e significativo crescimento exponencial.

A família tem papel essencial desde o diagnóstico da doença até a alta do tratamento por cura e terá a função de ser o alicerce do doente, contribuindo para a adesão de forma que facilite o longo processo do tratamento até à cura (OLIVEIRA et. al, 2011b). O cuidado normalmente incide em um de seus membros, o qual é denominado cuidador principal por ser o responsável pelos cuidados do idoso (GONÇALVES et. al, 2006). No caso deste estudo, o cuidador principal é um familiar do sexo feminino.

A TB traz consigo alterações que conduzem a um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, de dependência e de insegurança do idoso. Dentre as alterações que o conduzem à dependência, destacam-se aquelas relacionadas com o adoecimento, as quais, por suas características de cronicidade ou não, geram situações que necessitam da presença de outrem por longos períodos, sendo, nestas ocasiões, a família a principal fonte de cuidados. É nessa hora que os membros da família costumam assumir o papel de cuidadores, por terem uma responsabilidade culturalmente definida ou vínculo afetivo (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

No relato do idoso acometido por TB entrevistado, é possível observar os sentimentos de fragilidade e dependência trazidos pela doença. Quando estava sendo questionado sobre a pessoa que dele cuidava, além de identificar os cuidadores, revelou calado um sentimento de impotência diante de conflitos vivenciados, em que resignou-se.

Tenho sim senhora, a minha filha e minha neta. Só meus netos que moram aqui que ficam mexendo comigo, eu tô na rede e eles batem nela. Mas eu fico calado... O que eu posso fazer, não é? Já vivo aqui assim, se for reclamar vai ser pior. (C5)

O não envolvimento ou a falta de participação dos demais familiares no cuidado pelo idoso com TB podem se tornar fonte de conflitos que acentuam os sentimentos de dependência, fragilidade e impotência, como pode ser observado no relato de C5.

Embora a estrutura familiar mais frequente para o idoso seja a família multigeracional, não há garantia de seus integrantes estarem preparados para assumir o papel de cuidadores (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

A família é muito importante para a pessoa idosa acometida por TB, assim como o vínculos afetivos com ela tem significado para o idoso. Mais que o apoio material, esse pessoa espera da família, compreensão, paciência, interesse em escutá-la, além de respeito crenças e

opiniões, não esperando jamais ser menosprezada ou qualificada de obsoleta (MUNHOZ; RAVAGNI; LEITE, 2008).

Por fim, ainda segundo os autores supracitados, a família, assim como pode ser um elemento de ajuda à pessoa idosa, dando-lhe condições para uma melhor qualidade de vida, permitindo que ela se sinta útil, tendo sua autonomia e qualidade de vida preservadas, dentro do convívio familiar, pode, contrariamente, ser-lhe prejudicial, dando origem à dependência, depressão, sentimentos de exclusão e fragilidades.

Ao analisar-se essa categoria, observou-se que a pessoa idosa com TB subvaloriza, assim como sua família, sinais clássicos da doença, principalmente a tosse. Não valorizando ou relacionando sinais e sintomas da TB, idoso e família recorrem à automedicação, utilizando tanto produtos fitoterápicos quanto os da farmácia alopática. Observa-se que esta medida concorre para retardar a procura do serviço oficial de saúde, nele chegando pela gravidade do quadro, revelado pela hemoptise.

Morando geralmente com familiares, são dependentes de cuidado e muitas vezes se veem em situação de impotência diante de conflitos familiares.

Esses cuidadores não estão habilitados para desconfiar que os sinais e sintomas apresentados estejam relacionados com a TB. Essa fragilidade na percepção concorre para que o diagnóstico seja retardado e a saída seja feita em função do internamento do doente em estado grave.

Pelo exposto, necessário se faz que ações de educação em saúde sejam feitas voltadas aos cuidadores (formais e informais) de idosos, assim como aos responsáveis por esses.

4.2 SEGUNDA UNIDADE TEMÁTICA: CUIDADO AO IDOSO DE TB ANTES DA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

O êxito do doente de TB no enfrentamento da doença não depende apenas das formas de diagnóstico e de tratamento, mas sim da forma com que os serviços de saúde se organizam para detectar a doença (WHO, 1999). A reestruturação do setor saúde dá ênfase às atividades preventivas, em detrimento das curativas e valoriza a Atenção Básica como proposta de reorientação do modelo assistencial, o que demanda mudanças para defrontar a situação de saúde atual. Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de mecanismos que possibilitem a concretização dos princípios de universalidade, de integralidade da atenção, de qualidade dos serviços e de garantia de acesso (TEIXEIRA, 2009).

Um dos alicerces da reorganização do modelo de atenção é a Estratégia de Saúde da Família, que traz dois elementos chaves como espaço de atuação: família e domicílio (TEIXEIRA, 2009).

A família é mais que uma delimitação geográfica; é um espaço de construção das relações intrafamiliares e extrafamiliares, na qual se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida (BRASIL, 1997); é um sistema de saúde para seus membros. Contém um modelo próprio do processo saúde-doença e ainda se constitui numa unidade de cuidado para seus integrantes, tornando-se para os profissionais da Saúde um espaço privilegiado de atuação, onde estes devem apoiá-la, fortalecê-la e orientá-la, quando ela se encontrar fragilizada (ELSEN, 2002).

Em virtude disso, o domicílio se apresenta como um local onde as relações familiares, as condições sanitárias e os cuidados de saúde podem ser observados, passando a ser o espaço físico de intervenções (TEIXEIRA, 2009). Portanto, as atuações profissionais trazidas para esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que ultrapasse os muros das unidades de saúde e se enraíze no meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (BRASIL, 1997).

Devido à necessidade de conhecer as dinâmicas sociais e culturais presentes ao processo de adoecimento e cura dos distintos grupos familiares de idosos acometidos por TB, os profissionais devem estar próximos do ambiente familiar e domiciliar do idoso. Para isso, é indispensável o uso de um recurso metodológico que é utilizado por determinadas categorias profissionais e por alguns programas assistenciais: a visita domiciliar (TEIXEIRA, 2009).

Pode ser observado no relato dos idosos com TB, quando eram questionados se recebiam visita de algum profissional da Saúde, que existiam fragilidades na realização da visita domiciliar:

Recebia sim. As meninas do posto sempre vêm aqui [ACS, médica, enfermeira]. (C4)

Ela [ACS] já vinha aqui para visita minha nora, ela teve doente e foi para o posto [...]vinha visitar meu filho, e minha nora, mais para eu, não. (C7)

Não lembro não! Eu morava no Marcos Moura. Não me lembro de ninguém me visitar lá não. (C5)

Embora o relato dos idosos acometidos por TB não expressem a realização de visitas domiciliares ou sua realização não centrada na prática das ações de controle da TB, com olhar voltado à possibilidade de existência de sintomáticos respiratórios, como mostram as falas de C5 e C7, a visita domiciliar é uma ferramenta que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo.

A visita domiciliar é um instrumento de intervenção essencial na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Ao entrar nesse espaço familiar do idoso com TB, o profissional da Saúde não só deve buscar desenvolver suas ações de modo que interaja com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo paciente ou os que têm ciência; mas observar também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança, o grau de esclarecimento da família sobre os problemas de saúde que acometem seus membros. Assim, cabe ao profissional, em seu trabalho interdisciplinar, atentar para todas estas questões e atuar com vistas à integralidade de suas ações (LACERDA; OLINISKI, 2003).

No que tange às ações de controle da TB, a visita domiciliar é o instrumento da vigilância epidemiológica, uma vez que, dentre as atividades desenvolvidas, é preciso fazer a busca ativa de sintomáticos respiratórios e de comunicantes para quimioprofilaxia. Afinal de contas trata-se uma doença de notificação compulsória, em que se objetiva interromper a cadeia de transmissão da doença (TEIXEIRA, 2009).

Segundo as orientações do manual de recomendações para o controle da TB, durante a visita domiciliar, realizada por agente comunitário de saúde ou por outro profissional da Saúde, devem ser recomendadas: a observância de sintomáticos respiratórios no domicílio – pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas, consideradas como suspeita de tuberculose pulmonar, além da intenção de promover o vínculo entre o doente de TB e sua família, entre outras recomendações (BRASIL, 2011c).

A busca ativa de sintomático respiratório é a principal estratégia para o controle da TB, porquanto permite a detecção precoce das formas pulmonares (BRASIL, 2011c). Porém, essa importante ferramenta para gestão do cuidado a TB deve fazer parte da rotina dos serviços de saúde, de modo que o cuidado possa ser efetivo, tanto do ponto de vista individual e coletivo (PINHEIRO et. al, 2012).

Os fragmentos não permitem destacar o protagonismo do Agente Comunitário de Saúde (ACS), já que é, segundo Cardozo-Gonzales et al. (2011), um ator que constitui o elo de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade, e realiza o primeiro contato com a pessoa idosa com suspeita de TB e estabelece o vínculo dela com o serviço de saúde, conforme está previsto pela política de atenção à saúde.

O que se observa é que a busca ativa está sendo feita de forma secundária às visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As falas demonstram existir fragilidades na atividade de busca ativa de casos, estando essa ação, assim como o planejamento das ações, à mercê da sensibilidade do ACS para a TB (PINHEIRO et al., 2012). O que se observa na verdade, de acordo com a fala dos idosos doentes de TB, é que o diagnóstico tem sido alcançado mediante a busca passiva, exames diagnósticos ou apresentação de sintomas mais graves da doença, situação que concorre para o retardo do diagnóstico da doença:

Acho que ninguém desconfiou não! Elas só vieram aqui depois que eu fiquei doente mesmo, quando eu sangrei. (C3)

Não, porque não aparentava que tava doente no início. A gente dizia o que tinha, não parecia nada de doença não! A suspeita foi devido aos exames. (C1)

A detecção precoce dos casos de idosos acometidos pela TB e o tratamento eficaz são duas ferramentas importantes para o êxito no controle da doença. Na atual conjuntura da política de saúde do país, ações de controle da TB, dentre elas a busca ativa de sintomáticos respiratórios e a confirmação diagnóstica, são de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), já que constituem a porta de entrada do usuário no sistema de saúde formal. Portanto, é de vital importância que os serviços da APS, visando a horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença, atuem orientados para responder às necessidades da população (PINHEIRO et. al, 2012).

Apesar de parecer simples, a busca ativa de sintomáticos respiratórios a caracteriza-se como uma prática complexa que exige estabelecer confiança e vínculo, que exige dos profissionais muitas vezes conhecimentos além das habilidades específicas e técnicas, pois nem sempre o ACS tem formação ou está preparado para tal abordagem (NOGUEIRA et. al, 2007).

Faz-se necessário que o estabelecimento de ações de controle da TB integradas, voltado para as condições crônicas, tendo a APS como eixo norteador, mas sempre se partindo desta premissa: a conscientização, o preparo e a motivação das equipes de saúde são fundamentais para o compromisso com o controle da doença. A falta de envolvimento das equipes de saúde com a operacionalização das ações de controle da TB, em sua área de abrangência à busca de sintomáticos respiratórios (MONROE et. al, 2008), também pode ser observada na fala de C1, pois, apesar de relatar o que sentia, os profissionais da Saúde não desconfiaram da doença.

Por ser caracterizado pela descentralização de ações e serviços, o programa de controle da TB conta com a adequação quantitativa e qualitativa de recursos humanos (RH) como um elemento essencial do sistema de saúde para a prevenção e gerenciamento das ações de controle da doença (MONROE et al., 2008). A qualificação dos profissionais é um aspecto que interfere diretamente na incorporação das ações de controle da TB. Acredita-se que muitos casos de TB não são diagnosticados, seja por não ter acesso aos serviços de saúde, ou devido ao fato de os profissionais da Saúde, seja por não estarem atentos aos sintomáticos respiratórios, como mostram os relatos (OLIVEIRA et. al, 2011a).

Apesar de os relatos sugerirem fragilidades nas visitas domiciliares no tocante à identificação de sintomáticos respiratórios, os idosos com TB participantes da pesquisa reconhecem a existência de unidades de saúde próximas de seu domicílio:

Tem sim. Elas que me deram o papel pra ir pro hospital. (C3)

Têm sim. Elas sempre vêm aqui me visitar. (C4)

Sei que é onde a [ACS] trabalha. (C1)

Sei! Era onde eu ia pegar os comprimidos. (C2)

A visão de atenção primária da Estratégia de Saúde da Família (ESF) recomenda o desenvolvimento do trabalho em equipe de caráter multiprofissional atenta para as necessidades da população de sua área de abrangência, pois constitui a principal porta de entrada para o sistema de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Portanto, a Saúde da Família torna-se a estratégia prioritária e permanente para a organização da atenção básica e do sistema local de saúde, incorporando os elementos de centralidade na família e direcionamento para a comunidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Embora façam parte da área de abrangência da ESF, o não envolvimento dos profissionais da Saúde em busca dos sintomáticos respiratórios, expôs uma falha na incorporação das ações de controle da TB na ABS. Percebe-se, nas falas dos idosos acometidos pela doença, que não há vínculo entre os usuários e a unidade de saúde e que os profissionais atuam nos serviços de saúde resistentes em assumir as ações de controle da TB.

O vínculo da população com as equipes de saúde depende do modo como que profissionais se corresponsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem na sua área de abrangência, requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais da Saúde (STARFIELD, 2002).

A ESF apresenta-se como modelo com grande potencial para diagnosticar precocemente casos de TB, pois sua constituição envolve a atuação de um profissional vindo da comunidade, fato que favorece a abordagem e a receptividade das pessoas com a TB (CARDOZO-GONZALES et. al, 2011).

Outro aspecto que deve ser considerado nesta pesquisa: embora o município de João Pessoa possua histórico de Unidades de Saúde da Família (USF), alcançando um total de 80% de cobertura da população (BRASIL, 2012b), verifica-se que, para o idoso, a porta de entrada no sistema formal de saúde não é a unidade de saúde da família, mas o serviço especializado da rede hospitalar:

O primeiro médico que eu procurei foi no laboratório que fica em Jaguaribe, lá ele [médico] pediu todos os exames, eu fiz, aí constatou, de lá o médico [me encaminhou] para o Clementino [hospital de referência para a TB]. (C1)

Eu fui direto para o Clementino [hospital de referência para a TB], porque queria me internar. (C2)

Em janeiro fui pro hospital porque estava muito doente e fiquei internada. Até na UTI eu fiquei [...] mas só em julho descobriram que

o que tinha era Tuberculose. Aí me mandaram para o PSF fazer o acompanhamento. O pessoal do posto deu o encaminhamento para eu ir ao Clementino [hospital de referência para a TB], e acabei sendo internada. (C4)

Eu fui para o Santa Izabel [hospital geral]. Eu ainda me consultei lá umas duas vezes. O médico passou um medicamento para ver se eu comia, porque dentro de dois meses eu perdi 26 quilos. Em seguida, me encaminhou para o Laureano [hospital oncológico]. Fiz alguns exames e fui informado que meu tratamento seria no Clementino, [hospital de referência para a TB], onde fiquei internado por dois meses e quatro dias. Não fui para o PSF porque pensava que não resolvia, porque pensava que esse problema era só um especialista que resolvia. Mas depois fiquei sabendo que lá resolvia, fui até fazer alguns exames lá. Fiz todo tipo de exame. (C6)

Através dos relatos, percebe-se que o processo de atenção à pessoa idosa com suspeita de TB vai além do espaço comunitário, dos muros da unidade de saúde, porque uma vez que a forma como está organizada a atenção ao idoso com TB permite o desenho de um percurso pelo contínuo do sistema de saúde, resultando, muitas vezes, em sucessivas visitas às diversas unidades ou serviços de saúde (CARDOZO-GONZALES et. al, 2011).

Nos fragmentos, evidencia-se que os idosos com a doença iniciam o percurso através do sistema de saúde para a obtenção do diagnóstico, mediante o serviço hospitalar ou unidade de referência para a doença, que, neste caso, se relaciona ao Complexo Hospitalar Clementino Fraga (PINHEIRO et. al, 2012).

Talvez a procura de centros mais especializados de atenção à saúde e unidades de referência, distantes de suas moradias, pode estar ligada ao estigma da doença. Os idosos doentes de TB têm medo de reconhecer em si sinais e sintomas de TB ou receiam que pessoas conhecidas saibam do seu problema de saúde, pois a TB ainda é uma doença que causa vergonha aos doentes e as pessoas desconhecem seu modo de transmissão e há uma grande ligação com o HIV (OLIVEIRA et. al, 2011a).

Porém, mesmo que este estigma concorra para fragilizar o processo de descentralização das ações de controle da TB para os serviços da APS, através da ESF, não se pode desconsiderar o fato de as unidades de referências serem historicamente reconhecidas

como locais para o tratamento de doenças infecciosas, como a TB. Portanto, ao procurar esses serviços de saúde, o idoso acometido por TB talvez não o faça somente devido ao preconceito, ma, também devido ao costume em recorrer a um local historicamente definido. Entretanto, tal fato demonstra ainda fragilidades a respeito da operacionalização das ações para a TB que mostrem iniciativas para fortalecer, nos territórios, mudanças de práticas relacionadas com o seu controle mediante os serviços da APS, principalmente mudanças de ações que potencializem a procura da USF pelo usuário, como primeiro serviço de saúde quando se trata de TB (PINHEIRO et. al, 2012)..

O primeiro contato do idoso doente de TB com o sistema formal de saúde tem importância substancial na garantia de acesso ao diagnóstico da doença. Não obstante, esse deveria acontecer na porta de entrada do sistema (OLIVEIRA et al, 2011a); o que se observa nas falas dos idosos com TB é exatamente o contrário. Embora a porta de entrada para execução das ações de controle da TB seja a atenção básica, nos médios e grandes centros, a porta de entrada para diagnóstico do doente de tuberculose é, as mais das vezes, serviços de pronto atendimentos e hospitais. Apesar, de a pessoa com TB poder se apresentar em qualquer unidade de saúde, os casos suspeitos de tuberculose devem ser identificados, atendidos e vinculados à atenção básica, por meio da ESF ou das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011c).

Considerada uma das dimensões da APS, a porta de entrada é descrita por Starfield (2002) como acesso e uso do serviço de Atenção Básica a cada novo problema ou novo episódio de um problema, contra o qual as pessoas buscam atenção à saúde, sempre como o primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência.

É interessante reconhecer que as dimensões da APS servem não apenas como eixos para a organização do cuidado pela saúde, mas também como atributos através dos quais se pode ponderar o desempenho das equipes da ESF na prestação do cuidado e, nesse caso particular, as ações referentes ao controle da TB em idosos.

A Atenção Básica deve atuar de forma descentralizada e com capilaridade, de modo que esteja mais perto de seus usuários. Deve ser considerada a primeira opção na preferência dos idosos acometidos pela TB, à busca do serviço formal de saúde. Como principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e em sua inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011b).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em vigor, através da portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde,

nas atuais concepções, como termos equivalentes, submetendo ambos aos mesmos princípios e diretrizes (BRASIL, 2011b).

Portanto, a PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para seu crescimento e consolidação. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e a de outras estratégias de organização da atenção básica deverão pautar-se nas diretrizes e normas da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais (BRASIL, 2011b).

Apesar de a PNAB indicar os serviços de AP e AB como porta de entrada para o sistema formal de saúde, pode ser constatado que as ações de controle da TB têm sido realizadas na contramão do sistema de saúde, uma vez que os idosos, ao se sentirem doentes procuram inicialmente o serviço secundário e terciário de saúde. Tal, situação não obedece à lógica de linha do cuidado para TB. Tal lógica diz respeito a uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou da integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS, que busca interligar a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção (BRASIL, 2010b).

Segundo a PNAB, a TB deve ser uma das prioridades nos serviços de AB e os usuários devem ter acesso ao diagnóstico nesse nível de atenção, que é o mais próximo da população (OLIVEIRA et. al, 2011a).

Portanto, como porta de entrada do SUS deve ser considerada a atenção básica. Esta, por sua vez, terá que empregar tecnologias de saúde capazes de resolver os problemas de maior frequência e maior relevância em seu território (BRASIL, 2011c)

A possibilidade de identificar as necessidades demandadas pelos usuários como fontes do estabelecimento de uma relação de confiança e de responsabilidade com a equipe de saúde, se torna fundamental, no caso da pessoa idosa com TB, para a formação de vínculo e, conseqüentemente, para a busca do serviço formal de saúde (GOMES; SÁ, 2009).

Por fim, é de fundamental importância que as ações de controle da TB sejam executadas por profissionais capacitados para o manejo da doença; que reconheçam a importância da APS como porta de entrada do sistema de saúde formal, respeitando a linha de cuidado para a TB; que estabeleçam vínculos efetivos, facilitem e fortaleçam suas atuações, construindo desta forma um sistema de saúde com ações resolutivas as demandas e necessidades de saúde de idosos acometidos pela TB.

Pela análise realizada nesta categoria, foi possível observar que os idosos não entram no sistema de saúde pela APS e sim pelo seu nível mais complexo (hospitalar), mediante internação. O movimento feito pelo doente, antes do diagnóstico, leva-o para o último nível

do sistema, o que sinaliza fragilidades no manejo da doença no nível da Estratégia de Saúde da Família.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de vida que tem acompanhado a população mundial tem sido motivado nos países em desenvolvimento, como o Brasil, através dos avanços tecnológicos relacionados com a saúde, que garantam aos anos adicionais qualidade de vida.

Tal envelhecimento tem mudado o cenário das demandas sociais, observadas pelas alterações no perfil epidemiológico, com uma população apresentando causas de adoecimento crônicas, complexas, que demandam maiores investimentos financeiros para solucioná-las.

Concomitante ao aumento do número de idosos na população, tem sido notado um deslocamento da incidência de casos de TB para a faixa etária correspondente à população idosa.

Portanto, reiterando-se o objetivo desta pesquisa, procurou-se analisar as percepções e movimentos de pessoas idosas acometidas por tuberculose em relação às ações e saberes manifestos antes da confirmação do diagnóstico e da procura do sistema formal de saúde, no município de João Pessoa (PB). Mediante a subjetividade dos idosos, foi possível identificar duas unidades temáticas: desconfiando de TB e primeiras providências tomadas pelos idosos, e cuidado ao idoso de TB antes da confirmação diagnóstica.

Relacionado com as percepções do idoso quando desconfiou da doença, observou-se que os idosos perceberam-na de forma simplificada, ao cogitarem a possibilidade de estar acometidos por outro problema de saúde e não pela TB, pelo fato de os sintomas da doença no idoso serem inespecíficos e de muitas vezes a sintomatologia se confundir com a de problemas de saúde mais simples. Devido a isso, demoraram a suspeitar estar doentes de tuberculose.

Por esta situação, ressalta-se a importância de uma cuidadosa investigação dos sintomas da TB nesta parcela da população, pelas suas características inespecíficas que erroneamente são atribuídas a outras condições frequentes nos idosos, levando-se ao movimento tardio de busca do diagnóstico.

A par dessa dificuldade, no tocante à percepção equivocada do idoso, as primeiras providências tomadas quando desconfiou da doença foi utilizar-se de práticas de autocuidado, como a automedicação, o uso de plantas medicinais e remédios caseiros, acreditando que isso lhe proporcionaria alívio ou cura dos desconfortos causados pelo adoecimento por TB e impulsionados, no caso do uso de plantas, pelo papel de detentores do conhecimento sobre as indicações terapêuticas, preparação e uso delas.

Outro ponto importante neste estudo: é que os idosos reconhecem o apoio familiar, ao descobrirem o adoecimento por TB, assim sua relevância como facilitador no processo de

cura da doença, porém, os familiares não estão qualificados para suspeitar de TB, mesmo na existência de sinais clássicos da doença.

A família deve ser considerada o primeiro ponto de apoio do doente de TB; por isso todas as ações voltadas para o controle da doença, realizadas pelas equipes de saúde da família, devem considerar a família e a realidade em que está inserida. Acrescenta-se ainda que o cuidado pelo idoso com TB, no seio da família, leva em conta o gênero e é prestado de forma majoritária pelas mulheres.

No tocante à segunda unidade temática, que se refere ao cuidado prestado ao idoso com TB antes da confirmação diagnóstica, ficou confirmado que o controle da doença não se relaciona apenas às formas de diagnóstico e tratamento, estando fortemente ligada à forma de organização dos serviços de saúde para sua identificação.

A pesquisa revelou que o serviço se organizava com enfoque na família; entretanto, existiam fragilidades na realização das visitas domiciliares, um forte instrumento de vigilância epidemiológica. Revelou ainda que a busca de sintomáticos respiratórios (principal ferramenta de controle da TB) não era realizada com eficiência.

Destaca-se ainda que o ACS não atua como protagonista, na formação de elo entre a comunidade e os serviços de saúde, executado à busca de sintomáticos respiratórios de forma secundária à visita domiciliar, revelando lacunas de conhecimentos e habilidades no manejo das ações de controle da tuberculose.

Sugere-se que sejam voltadas ações de capacitação e qualificação para todos os profissionais, em especial dos ACS, porquanto esse aspecto interfere diretamente na identificação dos sintomas e no controle da doença nos idosos e na população em geral.

Apesar de existir a descentralização das ações de controle da TB para a atenção básica e apesar de os idosos acometidos pela TB confirmarem fazer parte de uma área de abrangência da estratégia de saúde da família, eles não se movimentam em direção a esse serviço, não reconhecem a atenção básica como porta de entrada para o sistema formal de saúde, de modo que se dirigem na maioria das vezes, à rede de hospitalar de referência, já forçados pelo agravamento do quadro.

Assim sendo, tal fato demonstra a falta de vínculo entre os idosos acometidos pela TB e a unidade básica de saúde, além da atuação resistente dos profissionais de adotar as ações de controle da doença ou além do silenciamento desses em atuar na perspectiva de promover a saúde do idoso por meio da busca de sintomático respiratório.

Por fim, é de suma importância o primeiro contato do idoso acometido pela TB com o sistema formal de saúde, uma vez que este garante o acesso ao diagnóstico da doença,

embora o doente de TB possa se apresentar em qualquer serviço de saúde, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, ele deve ser diagnosticado na porta de entrada dos serviços de saúde, a atenção básica, respeitando a linha de cuidado para a TB. No entanto, este estudo revela que a porta de entrada para o doente de TB é dada no último nível do sistema de saúde, o que requer medidas organizacionais que promovam a saúde do idoso mediante os serviços de atenção básica de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R.L.P.; VILLA, T.C.S.; PILLON, S. **A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose.** Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [online]. 2005, vol.1, n.1, pp. 0-0.

AYRES, J.R.C.M. **O Cuidado, os Modos de Ser (do) Humano e as Práticas de Saúde.** Rev. Saúde e Sociedade. São Paulo, 2004. 13(3);16-29p.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Automedicação.** Rev Assoc Med Bras 2001; 47(4): 269-270

BAUER, M. W. ; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático.** 6ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BARBOSA, M.T. **Os idosos e a complexidade dos regimes terapêuticos.** Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2009, vol.55, n.4, pp. 364-365.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 281p., 2009.

BARTOLON, P.C. et al. **Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008, vol.13, n.4, pp. 1219-1226.

BERALDO, Aline Ale. **Tempo de busca do primeiro serviço de saúde e o diagnóstico da tuberculose relacionado ao doente, Ribeirão Preto - SP, 2009.** 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-27032012-153025/>>. Acesso em: 2012-07-20.

BERNAL, I. L. **La familia en la determinación de la salud.** Revista Cubana de Salud Pública, 29(1), 48-51. (2003)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde : relatório de situação : Paraíba.** 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011b- **Política Nacional de Atenção Básica.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** Brasília : 2011c. 284 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 702 de 12 de abril de 2002. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 abr. 2002.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 de out.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006b.

_____. Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 de jul. 1996a.

_____. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. **Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: CONEP, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez.1999.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Boletim Epidemiológico: Especial Tuberculose**. 2012a; v. 43, março, 12p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. **Histórico de cobertura saúde da família**. Dez, 2012b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 18 de dezembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília , 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília : 2010b. 104, p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

CALDAS, C. P. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):773-781, mai-jun, 2003.

CANTALICE FILHO, J.P.; SANT'ANNA, C.C.; BÓIA, M.N. **Aspectos clínicos da tuberculose pulmonar em idosos atendidos em hospital universitário do Rio de Janeiro, RJ, Brasil**. J BRAS PNEUMOL. 2007; 33(6): 669-706.

CARDOZO-GONZALES, R.I.; COSTA, L.M.; PEREIRA, C.S.; PINHO, L.B.; LIMA, L.M.; SOARES, D.M.D.; RODRIGUES, K.M.R.; KRONING, C.S. **Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família**. Rev. enferm. saúde, Pelotas (RS) 2011 jan-mar;1(1):24-32.

CARVALHO, J. A. M., GARCIA, R.A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Caderno de Saúde Publica,19(3):725-33, 2003.

CASCAES, E. A.; FALCHETTI, M. L.; GALATO, D. **Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil**. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 37, no. 1, de 2008

CATTANI, R.B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. - **Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004.

CAVALCANTI, Z.R.; ALBUQUERQUE, M.F.P.M.; CAMPELO, A.N.R.; XIMENES, R.; MONTARROYOS, U.; VERÇOSA, M.K.A. **Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle**. J Bras Pneumol. 2006;32(6):535-43

CHAIMOWICZ, F. **Tuberculose pulmonar em idosos: Parte I- Epidemiologia e patogênese.** Rev Bras Clin Ter. 2001a; 27(5); 217-23.

CHAIMOWICZ, F. **Tuberculose pulmonar em idosos: Parte II- Quadro clínico e diagnóstico.** Rev Bras Clin Ter. 2001b; 27(5); 245-51.

CLEMENTINO, F.S.; MARTINIANO, M.S.; CLEMENTINO, M.J.S.M.; SOUSA, J.C.; MARCOLINO, E.C.; MIRANDA, F.A.N. **TUBERCULOSE: DESVENDANDO CONFLITOS PESSOAIS E SOCIAIS** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):638-43.

CRUZ-ORTIZ, M.; JENARO-RÍO, C.; PÉREZ-RODRÍGUEZ, M.D.C.; HERNÁNDEZ-BLANCO, M.L.; FLORES-ROBAINA, N. **Mudanças no contexto do cuidado: desafios para a enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 19(4): jul.-ago. 2011

ELSEN, I. **Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual.** In: ELSEN, I. et al. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: UEM, 2002, p.11-24.

FIRMO, J. O. A., BARRETO, S. M., LIMA-COSTA. **The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community.** Cadernos de Saúde Pública; v. 19, n. 3, p. 817-827, mai/jun, 2003.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. **A PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 645-53.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde, 2012.** In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Org: Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, José de Carvalho Noronha e Antonio Ivo de Carvalho. Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz; Hucitec, pp. 575-626

GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M.; SENA, E.L.S.; SANTANA, L.W.S.; VICENTE, F.R. **Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 570-7.

GOMES, A.L.C.; SÁ, L.D. **As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose.** Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2):365-72.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. 2006-2009. João Pessoa/PB, 2006.

KARSCH, U.M. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 861-866, mai-jun, 2003.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 15 de abril de 2012.

INOUYE, K.; BARHAM, E. J.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S.C.I. **Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 23(3), 582-592, 2010.

LACERDA, M.R.; OLINISKI, S.R. **A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade**. Texto Contexto Enferm. 2003 Set-Dez; 12 (3): 307-13.

LIMA, D.S. **Situação da Tuberculose na Paraíba. Seminário das ações do controle da tuberculose**. Núcleo de Doenças Endêmicas – Secretaria de Estado de Saúde. 2010 mar-abr.

LIMA, S.C.S.; ARRUDA, G.O.; RENOVATO, R.D.; ALVARENGA, M.R.M. **Representations and uses of medicinal plants in elderly men**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2012, vol.20, n.4, pp. 778-786.

MACHADO, M.F.A.S; MONTEIRO, E.M.L.M; QUEIROZ, D.T; VIEIRA ,N.F.C; BARROSO, M.G.T. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual**. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2007 [citado 2007 jul. 12];12(2):[cerca de 8 p.]. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 20 de jun de 2011.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. **The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic iseases**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MARLIÈRE, L.D.P.; RIBEIRO, A.Q.; BRANDÃO, M.G.L.; KLEIN, C.H.; ACURCIO, F.A. **Utilização de fitoterápicos por idosos: resultados de um inquérito domiciliar em Belo Horizonte (MG), Brasil**. Rev. Bras. Farmacogn. Braz J. Pharmacogn. 18 (Supl.): Dez. 2008

MATTOS, R. A. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cadernos de Saúde Pública, 20 (5):1411-1416, 2004.

MENDES, M.R.S.S.B.; GUSMÃO, J.L.; FARO, A.C.M.; LEITE, R.C.B.O. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração** *Acta Paul Enferm.* 2005;18(4):422-6

MENDONÇA FILHO, R.F.W.; MENEZES, F. S. **Estudo da utilização de plantas medicinais pela população da Ilha Grande - RJ.** *Rev. Bras. Farmacogn.*, v. 13, supl., p. 55-58, 2003.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTEIRO, A.R.M.; BARROSO, M.G.T. **A família e o doente mental usuário do hospital-dia - estudo de um caso.** *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 20-26, dezembro 2000.

MONROE, A.A.; GONZALES, R.I.C.; PALHA, P.F.; SASSAKI, C.M.; RUFFINO NETTO, A.; VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S. **Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose.** *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(2):262-7.

MOTTA, L.B.; CALDAS, C.P.; ASSIS, M. **A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4):1143-1151, 2008

MUNHOZ, C. M. D.; RAVAGNI, L. A. C.; LEITE, M. L. C. B, 2008. **Como a família ajuda ou dificulta o cuidado com a pessoa idosa.** In: *Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (T. Born, org.), pp. 70-78, Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.
NAKATANI, A. Y. K.; SOUTO, C. C. S.; PAULETTE, L. M.; MELO, T. S.; SOUZA, M. M. **Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 1 p. 15 – 20, 2003.

NOGUEIRA, J.A.; RUFFINO NETTO, A.; MONROE, A.A.; GONZALES, R.I.C.; VILLA, T.C.S. **Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente de saúde.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2007 Jan-Abr; 9(1): 106-118.

NOVAES, H.M.D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** *Rev Saúde Pública.* v. 34, n.5, 2000.

OLIVEIRA, H.M.M.G.; RIBEIRO, F.C.V.; BHERING, M.L.; RUFFINO-NETO, A.; KRITSKI, A.L.; LOPES, A.J. **Tuberculose no idoso em hospital de referência.** Pulmão, RJ. 2005; 14(3): 202-7.

OLIVEIRA, M.F.; ARCÊNIO, R.A.; RUFFINO-NETTO, A.; SCATENA, L.M.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S. **A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/ SP.** Rev Esc Enferm USP 2011a; 45(4):898-904

OLIVEIRA, M.G.; SILVA, C.B.; LAFAIETE, R.S.; MOTTA, M.C.S.; VILLA, T.C.S. **O doente em tratamento de tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro – participação da família.** Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2011b Jan-Mar; 6(18): 40-45.

OLIVEIRA, S.A.C.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S.; VENDRAMINI, S.H.F.; ANDRADE, R.L.P.; SCATENA, L.M. **SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE: ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE.** Rev Latino-am Enfermagem 2009 maio-junho; 17(3)

PEREIRA, A.D.; FREITAS, H.M.B.; FERREIRA, C.L.L.; MARCHIORI, M.R.C.T.; SOUZA, M.H.T.; BACKES, D.S. **Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):55-61.

PINHEIRO, R. **Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2009; 404p.

PINHEIRO, P.G.O.D.; SÁ, L.D.; PALHA, P.F.; SOUZA, F.B.A.; NOGUEIRA, J.A.; VILLA, T.C.S. **Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose.** Rev. Rene. 2012; 13(3): 572-81.

PINHO, L.B.; KANTORSKI, L.P.; SAEKI, T.; DUARTE, M.L.C.; SOUSA, J. **A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área.** Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2007 Set-Dez; 9(3):835-846.

PORTELLA, M.R. **ATENÇÃO INTEGRAL NO CUIDADO FAMILIAR DO IDOSO: DESAFIOS PARA A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [online]. 2010, vol.13, n.3, pp. 501-506.

RAVAGNI, L. A.C., 2008. **O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades.** In: Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa (T. Born, org.), pp. 53-58, Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.

RESTA, D.G.; BUDÓ, MLD. **A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares.** Acta Sci Health Sci, Maringá: 2004; 26(1): 53-60.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** 3 ed. 10 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

SÁ, L.D.; SOUZA, K.M.J.; NUNES M.G.; PALHA, P.F.; NOGUEIRA, J.A.; VILLA, T.C.S. **Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono.** Text Cont Enferm. 2007;16(4):712-8.

SAAD, P.M. **Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza.** In: CAMARANO, A.A. (Orgs). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEIA; 1999.

SIQUEIRA, H.R. **Enfoque Clínico da Tuberculose Pulmonar.** Pulmão RJ 2012;21(1):15-18

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

STOTZ, E.N. **Enfoques sobre educação e saúde,** pp. 16- 26.In VV Valla & ED Stotz (orgs.). Participação popular, educação em saúde: teoria e prática. (2 a ed.). Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1993.

SOUZA, A.C.; LOPES, M.J.M. **Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa.** Rev Esc Enferm USP 2007; 41(1):52-6.

SOUZA, S.S; SILVA, D.M.G.V.; MEIRELLES, B.H.S. **Representações sociais sobre a tuberculose.** Acta Paul Enferm 2010; 23(1):23-8.

TEIXEIRA, C.P. **Visita domiciliar: um instrumento de intervenção.** Sociedade em Debate, Pelotas, 15(1): 165-178, jan.-jun./2009

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação na área da saúde e humanas.** Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. **Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar.** Rev Bras Enferm 2005, jul-ago; 58(4): 438-43.

VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S.; PALHA, P.F.; MONROE, A.A. **Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente.** Bol. Pneumol. Sanit. [online]. 2002, vol.10, n.1, pp. 5-12.

VEDRAMINI, S.H.F; VILLA, T.C.S; GONZALES, R.I.C.G; MONROE, A.A. **Tuberculose no idoso: análise de conceito.** Rev. Latino-am Enfermagem. 2003, jan-fev; 11(1); 96-103.

VEIGA JUNIOR, V.F. **Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população.** Rev. bras. farmacogn. [online]. 2008, vol.18, n.2, pp. 308-313.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Revista Saúde Pública, 43(3):548-54, 2009.

VERAS, R. **Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução.** Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.10, pp. 2463-2466.

ZOBOLI, E. **Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC; ABRASCO, 2009; 404p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The role of the pharmacist in self-care and self-medication.** The Hague: World Health Organization, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Global Tuberculosis Control: WHO report 2010.** WHO; Geneva, 2011.

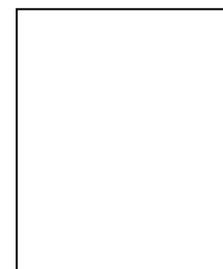
World Health Organization (WHO). **What is dots? A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS.** Geneva; 1999.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre percepções e movimentos da pessoa idosa com tuberculose antes do ingresso no sistema formal de saúde e está sendo desenvolvida por Ana Rita Bizerra do Nascimento Santos, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof(a) Dra. Lenilde Duarte de Sá. O objetivo geral do estudo é analisar a discursividade dos idosos acometidos por Tuberculose em relação as ações e saberes manifestos, antes da confirmação do diagnóstico e da procura pelo sistema formal de saúde, no município de João Pessoa-PB. A finalidade deste trabalho é aprofundar o conhecimento acerca do cuidado à idosos com TB, contribuindo para o desenvolvimento de novas estratégias de cuidado em saúde para pessoas idosas acometidas pela TB. Solicitamos a sua colaboração para conceder entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científico. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa oferece possibilidades de riscos mínimos, no entanto, nos comprometemos em ponderar os riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, além de garantirmos que danos previsíveis serão evitados. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem terá o tratamento prejudicado, se for o caso. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal



Assinatura da Testemunha

Espaço para Impressão
Dactiloscópica

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:
Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora

Ana Rita Bizerra do Nascimento Santos, Enfermeira, Mestranda pela Universidade Federal da Paraíba.
Rua Antônio Miguel Duarte, 50, Bairro: Bancários. CEP: 58051-125. João Pessoa/PB. Fone: (83) 8814-4562/ 3216-7109/ email: anaritabizerra@hotmail.com

Dra. Lenilde Duarte de Sá, Professora associada II da Universidade Federal da Paraíba. Telefone: (83) 3216-7109/ email: lenilde_sa@hotmail.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Bloco Arnaldo Tavares, Sala 812, Cidade Universitária, CEP: 58051-900. Telefone: (83) 3216-7791/ email: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Ana Rita Bizerra do Nascimento Santos
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

APENDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: ____/____/____

Nº da Entrevista: _____

Idade: ____anos

Sexo: _____

Questões:

01. Diga para mim o que é TB para o (a) Sr.(a).
02. Antes de ficar doente o que o (a) Sr.(a) sabia sobre essa doença?
03. O que o (a) Sr.(a) sentiu quando desconfiou estar doente?
04. Qual foi o principal sintoma que levou o(a) Sr.(a) a procurar o serviço de saúde?
05. Fale para mim quais foram as primeiras providencias que o (a) Sr.(a) tomou quando resolveu buscar ajuda para o seu problema.
06. Qual foi o primeiro lugar que o (a) Sr.(a) procurou quando resolveu buscar tratamento? Por quê?
07. Há unidade de saúde da família na área em que o (a) Sr.(a) mora?
- 07.1 O que o levou a não procurar primeiramente esse serviço?
08. Quanto tempo demorou para que fosse dado ao(a) Sr.(a) o diagnóstico de TB?
09. Descreva para mim o que aconteceu desde que o (a) Sr.(a) se sentiu doente até a confirmação do diagnóstico da TB.
10. Fale para mim quais foram as dificuldades que o (a) Sr.(a) encontrou para obter o diagnóstico de TB?
- 10.1 O (a) Sr.(a) precisou procurar esse serviço mais de uma vez para ser atendido (quantas vezes)? E esperou muito tempo pela consulta (quantos dias)? Teve que desmarcar compromissos para consultar no serviço de saúde? Teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde? Precisou utilizar algum transporte motorizado para ir até o serviço de saúde? Gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde? O senhor realizou exames? Teve alguma dificuldade para fazer os exames?
11. O(a) Sr.(a) tem alguém que cuida do senhor na sua família?
12. Em sua opinião, quais foram os motivos da demora em descobrir que o (a) Sr.(a) tinha TB?

13. O(a) Sr.(a) faz o tratamento no serviço de saúde mais próximo a sua casa? Por quê?
14. O(a) Sr.(a) poderia me falar sobre o tratamento dado pela equipe de saúde (USF) ao(a) Sr.(a) e sua família?
15. O que o (a) Sr.(a) acha dos profissionais que o atenderam? O (a) Sr.(a) acredita no serviço de saúde?
16. Como os profissionais que o atenderam poderiam ter o ajudado mais?
17. Fale para mim como o (a) Sr.(a) gostaria de ser cuidado?

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



PROJETO DE PESQUISA

Título: PERCEPÇÕES E MOVIMENTOS DA PESSOA IDOSA COM TUBERCULOSE ANTES DO INGRESSO NO SISTEMA FORMAL DE SAÚDE

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 05873812.9.0000.5188

Pesquisador: Ana Rita Bizerra do Nascimento Santos

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 109.545

Data da Relatoria: 25/09/2012

Apresentação do Projeto:

O presente Projeto encontra-se bem estruturado, obedecendo as exigências necessárias para construção de uma pesquisa científica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a discursividade dos idosos acometidos por Tuberculose em relação as ações e saberes manifestos, antes da confirmação do diagnóstico e da procura pelo sistema formal de saúde, no município de João Pessoa-PB.

Objetivo Secundário:

- ¿ Averiguar o impacto dos elementos relacionados aos saberes dos idosos frente a tuberculose e suas implicações na busca por tratamento
- ¿ Identificar os motivos que dificultam a procura dos idosos pelo sistema formal de saúde frente a suspeita do diagnóstico de tuberculose

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Informamos que essa pesquisa oferece possibilidades de riscos mínimos, no entanto, nos comprometemos em ponderar os riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, além de garantirmos que danos previsíveis serão evitados.

Benefícios:

Entender quais as percepções dos idosos acometido por TB durante o aparecimento dos primeiros sintomas, como os idosos entendem o adoecimento por TB, quais as decisões e ações tomadas frente ao adoecimento antes do diagnóstico da doença, visto que o idoso tem uma experiência de vida que deve ser considerada sendo o gerente de seu próprio cuidado, além de fazer parte de um sistema familiar que implementa sua próprias condutas de saúde, desta forma tomando por vezes decisões de cuidado não adequadas ao tratamento de TB.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Projeto de Pesquisa egresso do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (Mestrado) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br; etianemduarte@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados, conforme verificado quando da análise dos mesmos.

Recomendações:

Todas as solicitações propostas, no que diz respeito as pendências e lista de inadequações, foram atendidas na íntegra.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista ao atendimento de todas as solicitações propostas, no que diz respeito as pendências e lista de inadequações, somos de parecer favorável a execução do presente projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JOAO PESSOA, 27 de Setembro de 2012

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eficacocs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com