

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

TATIANA SCHNORR SILVA

**REPERCUSSÕES DO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE NA VIDA DE
MULHERES NA PERSPECTIVA DE GÊNERO**

Porto Alegre
2012

TATIANA SCHNORR SILVA

**REPERCUSSÕES DO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE NA VIDA DE
MULHERES NA PERSPECTIVA DE GÊNERO**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Dora L. L. C. Oliveira.

Porto Alegre
2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha mãe que sempre me mostrou o tipo de profissional que eu desejo ser, com seus ensinamentos, seu carinho e respeito ao o próximo.

Ao meu pai que sempre me incentivou a ser uma pessoa melhor do que eu já sou, e nunca desistir daquilo que eu almejo. Ele que sempre me ensinou a ser uma pessoa melhor que ele, e que por muitas vezes não percebeu o valor dos seus ensinamentos para minha vida.

Ao meu irmão que por muitas vezes suportou os meus momentos de estresse, mas que nunca deixou de fazer uma piada para me descontraír.

À minha Família mais distante, que mesmo com quilômetros de distância sempre ficaram felizes com as minhas conquistas e entenderam os meus momentos de ausência com a maior paciência do mundo.

Às minhas amigas que sempre entenderam os meus momentos de cansaço e que sempre, de uma forma ou outra, me faziam sorrir e aproveitar essa bela amizade. Em especial a Fernanda que em todos os momentos me apoiou, mesmo quando em poucos deles eu conseguia retribuir. Não esquecendo também a Joana e a Carla.

Ao meu namorado incrível, que por diversas vezes me ligava para saber se eu estava fazendo o trabalho e me incentivava mais um pouco, e que entendeu meus diversos plantões e meu cansaço, inúmeras vezes.

Aos meus entes queridos que já se foram, mas que eu tenho certeza que ficariam muito felizes de me ver nessa primeira conquista.

À minha orientadora, Prof. Dora, que por diversas vezes me acalmou, me orientou e me incentivou a continuar melhorando sempre.

Agradeço também à equipe de São Leopoldo que me acolheu tão carinhosamente, em especial à Enf. Patrícia.

RESUMO

A tuberculose é uma doença transmissível que está diretamente ligada com o desenvolvimento histórico social. As crenças e o estigma atrasam o diagnóstico e perpetuam a sua disseminação. Mesmo com a ascensão da incidência de tuberculose na população feminina ainda há uma expressiva falta de pesquisas qualitativas que abordem as questões biopsicossociais, principalmente quando associadas com a perspectiva de gênero. Assim, o objetivo do estudo é analisar, na perspectiva de gênero, as repercussões do diagnóstico e tratamento da tuberculose na vida de mulheres, considerando o contexto familiar e social. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. A análise de conteúdo foi realizada segundo a proposta de Bardin (2010) com auxílio do programa NVIVO 7.0 para a organização e categorização dos dados. Foram entrevistadas 12 mulheres que estão em tratamento para tuberculose no serviço de saúde da Comissão de Controle de DST/AIDS/Hepatites virais e Tuberculose da Prefeitura municipal de São Leopoldo. Num primeiro momento, as entrevistadas referem que não há diferenças entre vivências masculinas e femininas da doença, mas as distinções entre as repercussões que a tuberculose gera em suas rotinas acabam aparecendo nos seus depoimentos. A maior parte das repercussões está associada com o relacionamento familiar, o serviço de casa e o afastamento do trabalho. As entrevistadas apontam que as características femininas facilitam o tratamento, ao contrário das características masculinas. Segundo elas, o modo de ser masculino dificulta o tratamento, em especial em função da necessidade de, ao aderir ao tratamento, abdicar de algumas atividades cotidianas, o que não é comum no comportamento dos homens. Por fim, é possível constatar que o tratamento da tuberculose impõe mudanças na vida das mulheres sem, contudo, interferir ou romper com os tradicionais papéis de gênero (ser mãe, dona de casa, cuidadora e participante do sustento da família). Isto acaba acarretando sobrecarga de responsabilidades que podem afastá-la do tratamento e ou serem prejudiciais à sua saúde, considerando outros possíveis problemas para além da tuberculose.

Descritores: Tuberculose, Gênero, Saúde da mulher.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Taxa de incidência de tuberculose. Região Sul 1990-2009	12
Figura 2 – Construindo a análise	4
Figura 3 – A mulher moderna	5

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa.
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COMPESQ	Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TS-DOTs	(<i>Directly Observed Treatment, Short-course</i>) - Tratamento diretamente Observado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivo específico	10
3 REVISÃO DA LITERATURA	11
3.1 Tuberculose	11
3.2 A noção de gênero	17
4 METODOLOGIA	20
4.1 Tipo de estudo	20
4.2 Campo de estudo	20
4.3 População e amostra	21
4.4 Coleta dos dados	23
4.5 Análise dos dados.....	23
4.6 Aspectos éticos	24
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO	26
5.1 “Tu não consegue lidar com tudo doente”	28
5.1.1 Uma relação de apoio	33
5.1.2 “Porque mulher é mulher...”	43
5.2 “Mas tem uns que não tão nem aí...”	52
5.2.1 “São homens, sempre foram assim...”	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A- Roteiro para a entrevista	65
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	66
ANEXO A- Parecer de aprovação da COMPESQ	68
ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP	69

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objetivo analisar as repercussões do diagnóstico da tuberculose (TB) na vida das mulheres.

A tuberculose é uma doença transmissível cujo processo saúde-doença está em estreita relação com o desenvolvimento histórico social. O estigma e a falta de informação, permeadas por crenças sobre a tuberculose, trazem como conseqüências para a população o retardo no diagnóstico e no tratamento, e, assim, perpetuam a disseminação da doença, destacando-se a incidência ascendente na população feminina brasileira (BRASIL, 2011a).

Evidências sugerem que as mulheres são mais suscetíveis à progressão da doença, sendo apontadas as diferenças imunológicas como possíveis causadoras dessa propensão (HOLMES; HAUSLER; NUNN, 1998). Entretanto, como indica Martinez *et al.* (2000), ainda são desconhecidos os motivos que explicam essas disparidades.

Segundo um estudo realizado em Bangladesh, Índia, Malawi e Colômbia as mulheres demoravam mais para receber o tratamento da tuberculose por razões ligadas ao sistema de saúde e a questões diretamente relacionados a elas (GOSONIU *et al.*, 2008). Como cerca de 70% das pessoas pobres no mundo são mulheres, é fundamental compreender essas disparidades, mesmo negligenciadas, já que elas podem se tornar uma importante ferramenta para auxiliar o controle da tuberculose (DIWAN; THORSON, 1999).

Pode-se destacar, ainda, a falta de estudos desenvolvidos na perspectiva de gênero, tendo em vista a importância desta variável no modo de vida das mulheres. É fundamental considerar como fatores que influenciam nesse processo a posição das mulheres na sociedade e suas relações com os homens. Essas mudanças são requisitos para ampliarmos a ação da enfermagem, e qualificarmos mais o cuidado em saúde por ela produzido.

Um dos questionamentos a ser levantado é de que forma o diagnóstico da tuberculose influencia as rotinas cotidianas dessas mulheres e o exercício dos diferentes papéis de gênero que, tradicionalmente lhes cabem na sociedade. Para isso, é preciso que ocorra a compreensão e a valorização dessas diferenças, propiciando a melhoria das intervenções e planejamentos direcionados ao gênero no controle da tuberculose (GOSONIU *et al.*, 2008; QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010).

Considerando esses motivos, justifica-se o interesse pela realização desta pesquisa no campo do cuidado em saúde, em especial da enfermagem, profissão que frequentemente se encontra envolvida com questões relativas ao tratamento e educação dos portadores de tuberculose para o autocuidado. Portanto, o conhecimento produzido pelo estudo poderá servir de subsídio para uma melhor compreensão das peculiaridades da vida de mulheres com tuberculose e, assim, contribuir para uma atuação da enfermagem de forma a abordar as necessidades de saúde desta população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Este estudo tem por objetivo analisar, na perspectiva de gênero, as repercussões do diagnóstico e tratamento da tuberculose na vida de mulheres, considerando o contexto familiar e social.

2.2 Objetivo específico

- Identificar o perfil socioeconômico das participantes da pesquisa;
- Conhecer e analisar a perspectiva das participantes da pesquisa sobre a influencia do “ser mulher com tuberculose” nas suas relações familiares, em especial com namorado/companheiro/marido e filhos/filhas;
- Conhecer e analisar a perspectiva das participantes da pesquisa sobre as repercussões do “ser mulher com tuberculose” nas suas relações fora do âmbito familiar, em especial nas relações de trabalho e com a comunidade em que vive.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Tuberculose

A tuberculose é uma doença descrita na história da humanidade como fatal, com existência há mais de 3 mil anos, no Brasil a tuberculose foi introduzida com a chegada dos portugueses e dos missionários jesuítas (RUFFINO-NETO, 1999; BRASIL, 2011a). Mas foi somente em 1882 que Robert Koch descobriu o agente etiológico da tuberculose: *Mycobacterium tuberculosis*. O bacilo, também conhecido como bacilo de Koch, tem crescimento favorecido em tecidos com alta concentração de oxigênio, por isso a afinidade pelo pulmão. A bactéria infecta células mononucleares do sistema fagocitário, responsável pela defesa do organismo, e possui a capacidade de parasitar em baixa taxa metabólica, o que a torna viável por longos períodos (CUNHA *et al.*, 2009; CDC, 2009; BRASIL, 2011a).

Porém, foi somente décadas após a descoberta do bacilo de Koch que um dos medicamentos hoje utilizados foi descoberto, e somente em 1952 que a população passou a dispor de uma terapia medicamentosa eficiente. Contudo, apenas os medicamentos não foram suficientes no controle da taxa de mortalidade. Após a criação de programas de controle e planejamento do tratamento, ocorreu uma pequena melhora desse percentual, mas o país nunca obteve um controle total da doença, ocupando o 108º lugar em incidência mundial e o 18º lugar entre os 22 países que são responsáveis por 80% da prevalência mundial de tuberculose, segundo o levantamento de 2008 (HIJJAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2001; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

No ano de 1992 ocorreu um aumento nos casos de tuberculose, permanecendo elevada desde 2000, conforme mostra a figura 1 (região sul do País). Essa alteração na incidência de tuberculose está relacionada a diversas causas, entre elas é possível citar o crescimento de bolsões de miséria nos grandes centros urbanos, a desestruturação dos serviços de saúde e, especialmente, o surgimento da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), que atualmente apresenta uma taxa de co-infecção TB/HIV que não ultrapassa 10% no País, mas chega a 20% no Estado do Rio Grande do Sul e 30% na Capital do estado. Atualmente, o estado do Rio Grande do Sul possui uma taxa de mortalidade de 3 óbitos/100.000 habitantes (BRASIL, 2011b).

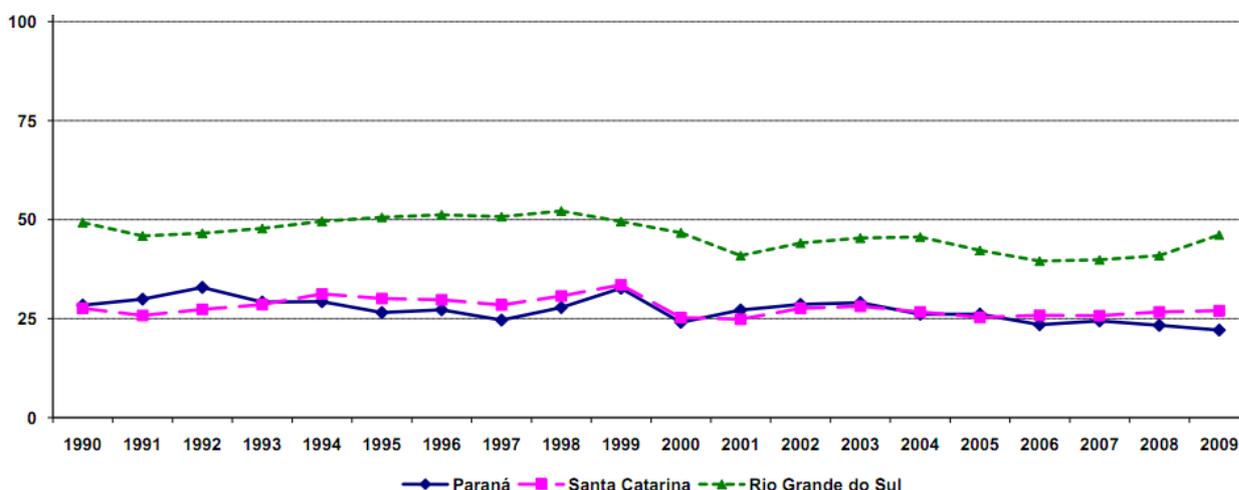


Figura 1 – Taxa de incidência de tuberculose. Região Sul 1990-2009

Fonte: BRASIL (2011c, p. 6).

3.1.1 Evolução da tuberculose

O crescimento dos casos de tuberculose ocorreu principalmente pelo surgimento do vírus da imunodeficiência humana, a partir do início dos anos 80. E somente na década de 90, a TB foi considerada como problema de saúde de emergência global pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo em vista o aumento da incidência e da mortalidade por uma doença tratável e curável (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009).

Atualmente, a OMS estima que 13% das mortes ocorridas entre pessoas com HIV foram ocasionadas pela tuberculose (CDC, 2009). Devido a co-infecção TB/HIV, que ocasionou o aumento da incidência, da prevalência e da mortalidade por TB, alguns autores classificam a doença como reemergente (BARCELLOS; BASTOS, 1996).

Entretanto, Ruffino-Netto (2002) discordando da classificação da tuberculose como reemergente para o Brasil, aponta que somente alguns países europeus e os Estados Unidos da América podem classificá-la assim, já que apresentaram um período de declínio significativo da doença anteriormente. No Brasil, segundo a classificação do Ruffino-Netto (2002, p.51), “ a tuberculose não é problema de saúde pública emergente e tampouco reemergente. Ela é um problema presente e ficante há longo tempo.”

Porém, os autores concordam que além do HIV/AIDS problemas como pobreza, desigualdade, pouca resolutividade dos serviços médicos, entre outros, também são elementos centrais para explicar os índices de incidência da tuberculose no mundo (BARCELLOS; BASTOS, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; GANDY; ZUMLA, 2002; RUFFINO-NETTO, 2002).

3.1.2 Transmissão

Segundo Centers for Disease Control and Prevention – CDC - (2009), a *Mycobacterium tuberculosis* pode se instalar em diferentes sítios, sendo classificada como TB extrapulmonar ou como TB pulmonar. Mas somente na tuberculose pulmonar que o bacilo apresenta transmissibilidade aerógena, ou seja, se dissemina por meio de gotículas suspensas no ar.

A transmissão do microrganismo ocorre em um ambiente contaminado, em que o indivíduo saudável inala gotículas dispersas no ar com o *M. tuberculosis*. Essas gotículas são advindas da secreção respiratória que o indivíduo doente expele ao tossir, espirrar, cantar ou falar. Quando o bacilo é inalado ele se instala numa região do pulmão, gerando uma pequena inflamação em poucas semanas (denominada cancro de inoculação), que ainda não se caracteriza como doença. Após essa reação, o bacilo tende a migrar pela rede linfática, podendo apresentar um aumento de massa no local em que a bactéria se instalou. Esse aumento em parte da rede linfática, juntamente com o cancro inoculado, é denominado complexo primário ou complexo de Ghon, que evoluirá para uma calcificação da lesão, o chamado nódulo de Ghon (CUNHA *et al.*, 2009; CDC, 2009).

A tuberculose secundária (pós-primária) resulta pela reativação dos bacilos da infecção primária e reinfecção. Porém, se o sistema imunológico do organismo não apresentar nenhuma imunossupressão, o bacilo não causará doença na maioria dos casos. Cerca de 90% das pessoas infectadas com o bacilo de Koch nunca adoecem, mas apresentam tuberculose latente, que se caracteriza por ser assintomática e não infecciosa. Contudo, se em algum momento da vida o sistema de defesa diminuir o bacilo poderá entrar em atividade e vir a causar a doença (CDC, 2009).

O adoecimento só ocorre em 10% dos casos em que os seguintes fatores de riscos estão presentes: tempo de exposição entre a fonte e o contato, fontes de transmissão, hospedeiro suscetível e ambiente que não favoreça a renovação do ar.

Atualmente após 15 dias do início do tratamento com os antituberculostáticos preconizados para a TB pulmonar, ou 21 dias quando há co-infecção de TB/HIV, a tosse já reduz consideravelmente, junto com risco de contágio (CDC, 2009).

3.1.3 Vacinação

Em 1921, com o avanço e desenvolvimento de vacinas virais e bacterianas, surgiu a vacina Bacilo Calmette-Guérin (BCG). A BCG é a vacina mais antiga dentro do esquema de vacinas rotineiras, sendo aplicada via intradérmica, preconizada para a faixa etária de 0 a 4 anos, e obrigatória para menores de 1 ano. Imunizados com a BCG, de forma correta, apresentam proteção acima de 80% para formas graves de tuberculose, como a meningite tuberculosa e tuberculose miliar (CUNHA *et al.*, 2009; CDC,2009).

No Estado do Rio Grande do Sul, no período anterior a 1989, ano que ocorreu a introdução da vacina BCG ao nascer, os casos de tuberculose abaixo dos 15 anos de idade, ocorriam em 15% desta população. Após a adoção da vacinação em massa dos recém-nascidos, houve uma redução das formas graves de TB na infância, como também da TB pulmonar na população de até 15 anos, ficando a taxa de incidência em torno de 4% (BRASIL, 2011a).

3.1.4. Diagnóstico

Os métodos de diagnóstico atualmente usados são: a baciloscopia e a cultura microbiológica, através da amostra de escarro; a radiografia de tórax; e o teste tuberculínico.

Com o desenvolvimento da infecção da TB há um aumento na produção de escarro, ocasionado pela inflamação e pela necrose do tecido, em TB pulmonares. Por esse motivo que a baciloscopia é preconizada tanto para o diagnóstico da doença, como para o controle do tratamento. A primeira amostra deve ser coletada assim que ocorrer a suspeita de tuberculose pulmonar. E a segunda no dia seguinte, pela manhã, independente do resultado da primeira amostra (BRASIL, 2011a).

A cultura microbiológica normalmente é realizada em casos que o quadro clínico é muito compatível com a TB, e que as amostras diretas do escarro foram negativas para o bacilo. Uma de suas desvantagens é o longo tempo de espera pelo resultado (BRASIL, 2011a).

A radiografia de tórax é utilizada em casos de suspeita de tuberculose, ou até em contatos da pessoa contaminada, sendo capaz de detectar a TB primária e a secundária. Entretanto não se trata de um exame específico, já que pode detectar lesões semelhantes a de tuberculose. Associada com o exame de escarro é a forma mais comum do diagnóstico de TB (BRASIL, 2011a).

O teste tuberculínico é baseado na reação do corpo ao antígeno de micobactérias injetado via intradérmica. O acúmulo de células inflamatórias ocorre entre 24 a 72 h após a aplicação. É mais utilizado como método de triagem para o diagnóstico da TB, já que ele somente identifica se o indivíduo apresentou contato com a *M. tuberculosis*, mesmo que ainda se apresente na forma latente da TB (BRASIL, 2011a).

3.1.4 Tratamento

Em 1996, foi lançado o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, que vinha para aumentar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose. Dois anos mais tarde, o Plano Nacional de Tuberculose veio com a finalidade de ampliar as ações para o território nacional, tendo como meta diagnosticar pelo menos 92% dos casos e tratar pelo menos 85% desses casos, com sucesso, até 2001 (SANTOS, 2007).

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Tratamento Supervisionado, TS-DOTs (*Directly Observed Treatment, Short-course*). Porém, devido à estrutura e mudanças no âmbito da saúde que estavam acontecendo nessa época, houve dificuldades para a implementação dessa metodologia (SANTOS, 2007).

Já em 2003, com base nas discussões da Conferência Ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Social realizada em 2000, a TB foi colocada na agenda de prioridades das políticas públicas do Brasil. O MS fortaleceu a estratégia TS-DOTS em todas as esferas do governo, tendo como objetivo alcançar as metas internacionais de diagnóstico de 70% dos casos bacilíferos e de tratamento, com cura, de pelo menos 85% dos casos tratados (SANTOS, 2007).

A base para a estratégia TS-DOTS utiliza os recursos humanos das unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e voltado para: comprometimento político com o programa; detecção de casos pela baciloscopia; tratamento de curta duração e diretamente observado; regularidade na manutenção de medicamentos; e sistema de informações que permita um monitoramento dos resultados (SANTOS, 2007).

Embora a prevalência da infecção seja maior entre homens, nas mulheres a tuberculose tem maior índice de letalidade do que doenças já muito conhecidas como problemáticas para a população feminina, como o câncer de mama e agravos relacionados à maternidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Por isso, além dos aspectos técnicos e científicos da tuberculose, também questões de ordem cultural e social são relevantes para a abordagem da temática da tuberculose. Sabroza (2005) aponta que os processos sociais que resultam em estresse e desgaste acentuados passam a se constituir como possíveis determinantes da tuberculose, já que ela não se expressa de forma igual para os distintos grupos sociais. Nesta perspectiva, a noção de gênero pode contribuir na análise da influência de determinados papéis sociais no modo como as pessoas vivenciam a tuberculose (BANCO MUNDIAL, 2003).

3.2 A noção de gênero

O significado gramatical do termo “gênero” corresponde aos indivíduos de sexos diferentes (masculino/feminino), porém, nas últimas décadas, o termo vem sendo usado para enfatizar a noção de cultura nessa relação, situando-se na esfera social, e diferindo do conceito de “sexo”, que enfatiza o plano biológico (ARAÚJO, 2005).

Gênero desenvolve-se como categoria analítica, sobretudo a partir da década de 80. Entretanto, os estudos sobre o assunto iniciaram nos anos 60 em que os movimentos sociais se estabeleciam pelo contexto histórico e social. O objetivo desses grupos era a luta por uma vida melhor, mais justa e igualitária. A discussão de gênero surgiu nesse conjunto quando as mulheres que participavam das reivindicações, da mesma forma do que os homens, perceberam que acabavam por atuar em papéis secundários, raramente sendo chamadas para a liderança política (COELHO, 2005).

Paralelamente a essas lutas, os anos 60 constituem um período de grande questionamento da sexualidade: a pílula anticoncepcional passa a ser comercializada, a virgindade como valor para um casamento era amplamente questionada, o sexo poderia ser fonte de prazer e não somente reprodutiva. Foi em meio a todo esse contexto que a problemática e os estudos de gênero surgiram (COELHO, 2005).

No Brasil as lutas feministas que abordavam esse assunto chegaram até o Brasil por meio das pesquisadoras norte-americanas que passaram a usar a categoria de gênero para discutir as identidades de homens e mulheres. Os diferentes papéis de homens e mulheres, instituídos pela sociedade, eram baseadas na determinação biológica. Contudo, para as teóricas feministas as explicações de ordem natural não eram mais cabíveis, fazendo com que as teóricas feministas tentassem separar a identidade de gênero e a sexualidade (COELHO, 2005).

Esses diferentes papéis levam a uma relação de desigualdade entre homem e mulheres. O gênero é um sistema entre outros que atuam de forma intrelaçada no plano social, com resultados às vezes contraditórios, diferentes para mulheres (e homens) em variadas situações (GIFFIN, 2002).

O gênero não se refere somente aos sexos, ele remete tudo que envolve as relações sociais. Trata-se de uma categoria mutável que não se constrói apenas nas diferenças de sexo, mas também varia conforme o contexto histórico e social, dando sentido a essa diferença. Tudo aquilo que é associado ao sexo biológico em diferentes culturas é considerado papel de gênero. Dessa maneira, à medida que a associação entre sexos muda, o sentido de gênero para essa sociedade também se modifica (SCOTT, 1989).

Em resumo, o gênero é uma categoria relacional, tendo impactos tanto sobre homens como mulheres, apresentando diferentes experiências, preferências, necessidades, oportunidades e restrições baseadas nos seus distintos papéis socialmente designados (BANCO MUNDIAL, 2003).

Segundo Joan Scott (1989), “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”. A utilização dessas diferenças de poder entre os sexos, como modo de subordinação das mulheres pelos homens, interfere em todos os meios sociais em que essa mulher está envolvida.

Essas conotações geram os valores e símbolos estereotipados que definem o que é a atividade masculina e a feminina. É por meio da sociedade (família, mídia...) que essas imagens são transmitidas, influenciando a identidade de gênero. Os homens acabam pendendo para o público e a produção (poder e liberdade), enquanto as mulheres vão para o espaço privado e da reprodução (cuidado e obediência a códigos morais) (COELHO, 2005).

E é por meio da abordagem da temática de gênero que é possível destacar o enfoque social e cultural das diferenças entre homem e mulher, e não somente as peculiaridades anatômicas e fisiológicas (MEYER *et al.*, 2003). Esse estudo vem para suprir uma pequena parte da expressiva falta de pesquisas qualitativas sobre a tuberculose que abordem questões psicossociais, além das fisiopatológicas.

As pesquisas que abordam a temática da tuberculose sob a perspectiva de gênero sugerem que homens e mulheres têm distintas experiências da doença. Por exemplo, enquanto as mulheres relatam dificuldades no enfrentamento da família, do estigma e do preconceito, além de interferências nas suas atividades diárias e o medo da transmissão para pessoas queridas, os homens destacaram mais a ansiedade em retornar ao trabalho e a recuperação da força física, principalmente aqueles que são chefes de família. (QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010; GONÇALVES *et.al.*, 1999).

Também foi identificado que o preconceito sofrido pelos doentes de tuberculose na sociedade, sobretudo do sexo feminino (QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010). Hudelson (1996) cita que ao saber de seu diagnóstico, o indivíduo demora a comunicar a seus familiares e companheiro e desconsidera a doença até que esta interfira nas suas atividades diárias.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. Segundo Minayo e Sanches (1993) a pesquisa qualitativa tem como fim o aprofundamento dos complexos fenômenos, fatos e processos específicos de um grupo, mesmo que delimitado em extensão, é capaz de abranger intensamente. Como destaca Andrade (2010), a pesquisa exploratória é capaz de definir melhor o enfoque do estudo e proporcionar um aprofundamento do tema. Já na pesquisa descritiva a autora qualifica o estudo como capaz de observar os fenômenos do mundo físico e humano.

4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no serviço de saúde ligado à Comissão de Controle de DST/AIDS/Hepatites virais e Tuberculose da Prefeitura municipal de São Leopoldo. O espaço físico disposto para essa atividade, cedido pela prefeitura, é restrito. O atendimento para pessoas com tuberculose, especialmente, era realizado em uma recepção, um consultório e uma pequena sala de espera. O pátio interno era o local em que esses pacientes, em geral, aguardavam. Nos dias de inverno era perceptível a falta de espaço para abrigar as pessoas do frio. Todos os atendimentos são realizados por uma secretária, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e um médico. A consulta com o paciente é realizada pelo médico e pela enfermeira no mesmo espaço. Entretanto, o atendimento médico ocorria somente três vezes por semana, no espaço de tempo inferior a uma hora. O atendimento de enfermagem, por outro lado, se mostrava sempre presente. A discussão dos casos entre o médico e a enfermeira era muito comum e ocorria até mesmo durante as consultas.

4.3 População e amostra

A amostra foi escolhida de forma intencional, sendo os sujeitos da pesquisa mulheres em tratamento da tuberculose na Comissão de Controle de DST/AIDS/Hepatite virais e tuberculose, da Prefeitura Municipal de São Leopoldo. Por meio da indicação da enfermeira responsável do serviço de saúde foram convidadas a participar da pesquisa usuárias em tratamento para tuberculose. Apenas uma delas preferiu não realizar a entrevista.

Foram critérios de inclusão: ser mulher; ter o diagnóstico de tuberculose; e estar em tratamento para tuberculose. Os critérios de exclusão elencados foram: estar em tratamento para tuberculose há pelo menos de 21 dias, já que esse é classificado como o período em que o bacilo da tuberculose ainda apresenta transmissibilidade após o início do tratamento (BRASIL, 2011a); não ter abandonado o tratamento; e apresentar exame negativo de baciloscopia, comprovando o risco nulo de transmissão.

O número total da amostra foi definido pelo critério de saturação de dados, que define que as informações já coletadas respondem as questões levantadas da pesquisa e que novos dados não alteram os resultados já existentes. Foram entrevistadas doze mulheres, sendo que uma das entrevistas foi excluída da pesquisa por se tratar da entrevista-piloto.

Todas as mulheres estavam em tratamento no período que foram entrevistadas, sendo que uma delas estava em TDO. Em relação à faixa etária foram encontradas mulheres entre 22 a 57 anos.

Quanto à escolaridade, verificou-se que as usuárias apresentaram escolaridades variadas, sendo que três apresentaram segundo grau completo, duas com segundo grau incompleto, três com primeiro grau completo, três com primeiro grau incompleto e uma que não iniciou o ensino fundamental.

A maioria morava com mais de uma pessoa, sendo que quatro delas moravam com mais duas pessoas, outras três moravam com mais três pessoas, uma delas com mais quatro pessoas e a última morava com mais sete pessoas.

Em relação à ocupação, três entrevistadas se encontravam desempregadas, sendo que uma delas havia perdido o emprego devido à doença, e as outras sete apresentavam empregos variados como: recepcionista, auxiliar administrativa, serviços gerais/doméstica, passadeira, auxiliar de cozinha, manicure e pedicure.

Na maioria dos casos, além da usuária, outra pessoa compunha a renda familiar, assim distribuída: uma família com menos que um salário mínimo, cinco famílias com um salário mínimo, três famílias com mais que dois salários mínimos e duas famílias com trabalhadores autônomos, sem renda fixa mensal.

Em relação aos companheiros, independente do estado civil, todas as entrevistadas apresentaram um parceiro, exceto a mais nova das participantes.

O quadro abaixo resume a caracterização das usuárias.

Participantes	Idade	Escolaridade	Ocupação	Estado civil	Mora com	Renda familiar
P1	50	1º grau incompleto	Desempregada	Separada	+ 3 pessoas	1 salário mínimo
P2	22	2º grau incompleto	Recepcionista	Solteira	+ 3 pessoas	Até 3 salários mínimos
P3	25	2º grau completo	Auxiliar administrativa	Casada	+ 4 pessoas	Até 3 salários mínimos
P4	46	1º grau incompleto	Desempregada	Solteira (namorando)	+ 2 pessoas	Até 2 salários mínimos
P5	32	1º grau completo	Auxiliar de limpeza	Separada (namorando)	Sozinha	Até 2 salários mínimos
P6	47	Analfabeta	Doméstica	Viúva (com cônjuge)	+ 3 pessoas	Até 1 salário mínimo
P7	38	1º grau completo	Manicure e pedicure	Viúva (com cônjuge)	+ 2 pessoas	2 salários mínimos
P8	52	Analfabeta	Desempregada	Casada	+ 2 pessoas	Sem renda fixa
P9	24	2º grau completo	Auxiliar de cozinha	Solteira (com cônjuge)	Sozinha	Até 2 salários mínimos
P10	33	1º grau completo	Desempregada (auxílio doença)	Casada	+ 2 pessoas	1 salário mínimo fixo e até mais um variável
P11	57	2º grau incompleto	Desempregada	Viúva (com namorado)	+ 7 pessoas	1 salário mínimo

Figura 2 – Tabela contendo o perfil socioeconômico das participantes

Após identificar o perfil socioeconômico das participantes da pesquisa é possível contextualizar o ambiente em que elas se apresentam e a partir daí iniciar a análise das repercussões do diagnóstico e do tratamento na vida dessas mulheres.

4.4 Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada, conforme o roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE A), que foi gravada e posteriormente transcrita para melhor análise dos dados coletados. A entrevista ocorreu após a consulta mensal de acompanhamento do tratamento, em uma sala em que somente a pesquisadora e a participante tinham acesso no momento da entrevista, para garantir a privacidade da usuária. A coleta foi precedida por uma etapa de entrevista – piloto, com a finalidade de testar e aprimorar as questões do roteiro de entrevistas.

4.5 Análise dos dados

As entrevistas serão analisadas utilizando-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2010), que possibilita o entendimento do significado das falas. Esse processo ocorre em três etapas, que são as seguintes: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a etapa de organização dos dados obtidos, tendo como objetivo “ tonar operacionais e sistematizar as ideais iniciais”, a fim de planejar as ações futuras (BARDIN, 2010, p. 121). Essa primeira etapa ocorre para que o pesquisador realize: a escolha dos dados que serão utilizados, a elaboração das hipóteses e dos objetivos que serão utilizados posteriormente, e ainda, a criação de teorias que fundamentem a interpretação final. Já na etapa seguinte, a exploração dos materiais tem como fim realizar a aplicação sistemática já elaborada na pré-análise. E a última etapa é composta pelas seguintes divisões: tratamento dos resultados, onde os dados brutos são trabalhados “de maneira a serem significantes e válidos” (BARDIN, 2010, p. 127) ; a inferência, “trata-se de realizar uma análise de conteúdo” (BARDIN, 2010, p. 167); e a interpretação, em que o pesquisador utiliza os dados significativos e fiéis, já com inferências propostas, e interpreta a luz dos objetivos previstos (BARDIN, 2010).

Para auxiliar a organização e a categorização dos dados foi utilizado como recurso acessório o software de análise de dados qualitativos NVIVO 7.0. Este programa permitiu codificar os dados das entrevistas e comentários em categorias, facilitando o acesso dos dados para a criação de subcategorias, aumentando assim a abrangência da pesquisa.

4.6 Aspectos éticos

Foi esclarecido para as participantes da pesquisa que as entrevistas seriam gravadas e posteriormente transcritas para proporcionar a melhor análise dos dados coletados. As usuárias ficaram cientes que será mantido o sigilo profissional e o seu anonimato, sendo que os nomes utilizados foram fictícios. Os dados coletados serão guardados por cinco anos, em um local previamente escolhido, que somente as pesquisadoras têm acesso. Após o prazo estabelecido, as informações colhidas serão destruídas.

Apesar de seguir os preceitos éticos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a pesquisa poderia apresentar como risco a possibilidade de ocasionar algum desconforto emocional. Este contratempo foi esclarecido para a participante anteriormente à entrevista, podendo a usuária, se desejasse, ser encaminhada para o serviço psicológico do serviço de saúde de referência, entretanto em nenhuma das entrevistas ocorreu essa situação. As que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), conforme a Resolução nº 196/96 do CNS, que trata da pesquisa com seres humanos (BRASIL,1996).

O presente estudo foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ), e obteve aprovação em março de 2012 (ANEXO A), e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, obtendo aprovação em abril do mesmo ano (ANEXO B).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Apesar do objetivo do estudo e dos questionamentos da entrevista serem voltados para a questão do gênero, as mulheres antes de falarem das suas especificidades, destacaram o “ter tuberculose” de uma forma genérica. Ou seja, para elas chegarem ao específico, antes elas deram maior ênfase as suas percepções com relação a ter tuberculose de uma forma geral.

A análise das informações sugere que suas vivências a respeito de ter tuberculose podem ter impactado, ou ainda impactam, de uma forma mais ampla, na sua vida como ser humano, independente da sua condição de ser mulher. Porém a questão de gênero também se mostrou muito presente já que a vivência da tuberculose interferiu na sua rotina, nas suas relações ou nas suas atividades, de algum modo, quando não intervinha em mais que uma dessas categorias, diferenciando assim a experiência feminina e masculina, no ponto de vista feminino, sobre ter tuberculose.

A análise e a interpretação das informações obtidas nas entrevistas resultaram em duas categorias que se relacionam entre si: “Tu não consegue lidar com tudo doente”; “Mas tem uns que não tão nem aí”. A figura 2 apresenta estas categorias e suas interconexões. A categoria ““Tu não consegue lidar com tudo doente”; “Mas tem uns que não tão nem aí”, ficou subdividida em duas subcategorias a saber: (1) Uma relação de apoio e (2) “Porque mulher é mulher”. A segunda categoria possui uma subcategoria intitulada “São homens, sempre foram assim”.

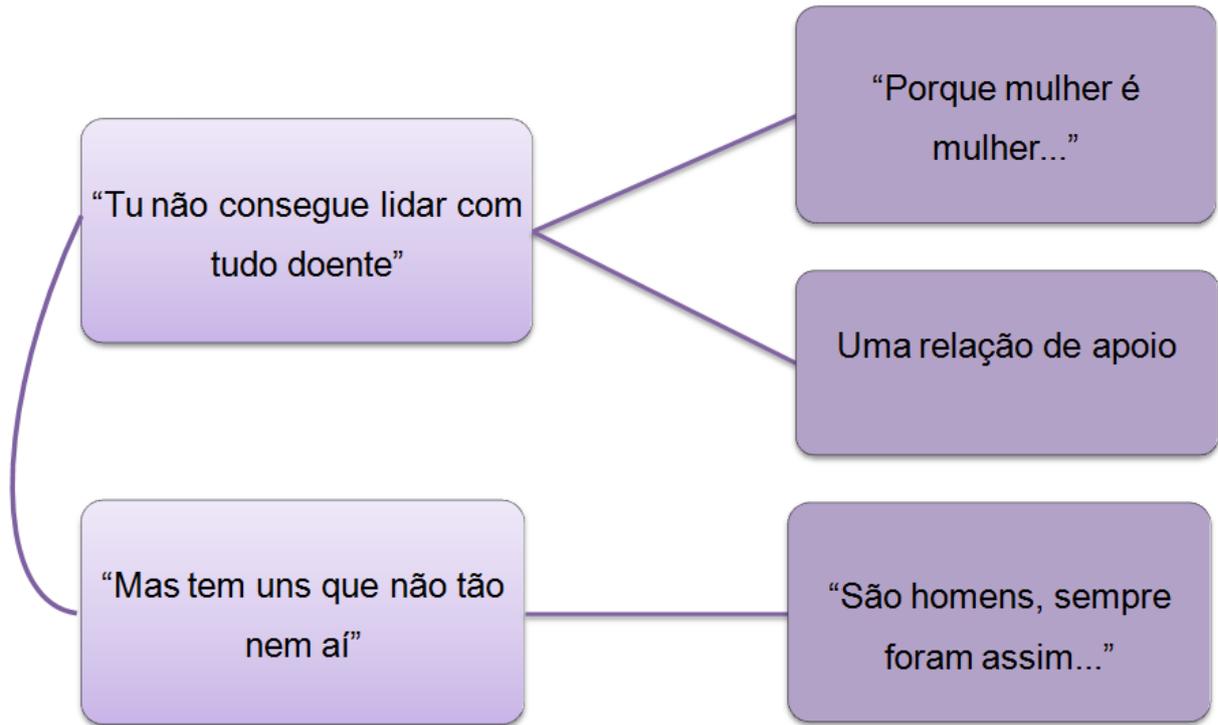


Figura 2- Construindo a análise

5.1 “Tu não consegues lidar com tudo doente”



Figura 3 – Pesquisa de imagens sobre “mulher moderna”

Fonte: <http://vilamulher.terra.com.br>

Ao considerar a fala de umas das participantes da entrevista, explicitada no título, é possível estabelecer uma analogia com o papel da mulher moderna e a figura apresentada acima, considerando a pluralidade desses papéis descritos pelas usuárias. Por meio dessa figura é possível questionar e analisar algumas das atividades realizadas pelas mulheres.

Como coloca Giffin (2002), ao se realizar a divisão do trabalho, levando em conta a questão do gênero, o masculino tinha papel de provedor, enquanto que o feminino de doméstica e reprodutiva, de mãe. Entretanto, anos após a reivindicação dessas posições, o que observamos hoje, e que a imagem ilustra, é que a mulher conseguiu se instalar no papel de provedora, trabalhando fora de casa, e ganhando o seu próprio dinheiro, mas ao mesmo tempo em que ainda realiza todas as tarefas anteriores, muitas vezes cobrindo uma jornada de trabalho dupla ou tripla.

Como foi representada pela fala no título desse capítulo além da multiplicidade de papéis da mulher atual, com o início de todos os sintomas envolvidos com a tuberculose e a progressão da doença, a dificuldade de realizar essas tarefas fica potencializada, como ilustra as falas abaixo.

Teve um período que eu não conseguia fazer nada em casa, a renda familiar caiu bastante, e eu também não queria chegar perto da minha filha e do meu esposo pra não passar (P10).

No começo eu me senti ruim, eu não podia caminhar, eu não podia fazer nada (P11).

Eu deixei de trabalhar, eu tranquei tudo. Deixei de sair pra eu me cuidar mais (P7).

Essas falas sugerem o quanto essas mulheres ficaram debilitadas e dependentes de certo cuidados e auxílios que antes elas realizavam sem dificuldades e faziam parte do seu dia-a-dia. Em uma das falas a usuária menciona o quanto a tuberculose interferiu na sua rotina e o quanto isso parece ter impactado na sua rotina familiar.

Algumas das colocações a seguir transmitem o sentimento das participantes ao descobrir a tuberculose.

Quando eu descobri eu fiquei chocada, eu saí do médico e chorei. Eu chorei mais por causa do preconceito (P9).

No começo eu fiquei bem chateada, fiquei triste porque aconteceu isso comigo (P3).

Os dados ilustram o quanto a tuberculose afetou a vida dessas mulheres, seja no início do tratamento, seja com alguma situação de preconceito, ou ainda por dificuldade de aceitação da doença. A própria descoberta da tuberculose perpassou muito caminhos até chegar ao tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde, como já foi abordado anteriormente. Segundo estudo já citado, realizado por Gosoni et al. (2008), as mulheres demoram mais a iniciar o tratamento para tuberculose do que os homens. Esse fato seria relacionado à demora da procura do atendimento de saúde, muitas vezes negligente, que ignora queixas e alertas da paciente a respeito da tuberculose.

Reforçando essa ideia, Long (1999), realizou um estudo com mulheres no Vietnã mostrando que os homens coletavam as amostras de escarro para baciloscopia mais pontualmente do que as mulheres. Entretanto, quando as participantes foram questionadas sobre a coleta dos exames as seguintes respostas foram obtidas.

Não tem problema nenhum. É normal, porque tu vai tossir e com a tosse já vem o escarro junto e bota no potinho (P1).

Quando eu fiz o exame de escarro foi tranquilo, porque eu já conseguia colocar pra fora [...] Mas foi normal, não tive nenhuma sensação estranha (P2).

Como os dados divergem da dificuldade em coletar as amostras, citada no estudo de Long. Esse fato pode estar relacionado com a demora do atendimento de saúde à mulher, ou ainda da protelação do diagnóstico de tuberculose por parte da equipe médica. A respeito do seu diagnóstico, as mulheres relataram casos de negligência na escuta do paciente que acabaram por protelar o início do seu tratamento.

Os médicos faziam aquela lavagem cerebral dizendo que era pneumonia. Eu cheguei a acreditar por que o que eu tinha na minha mão pra amenizar [...] Eles são bem resistentes à ideia de tu pegar e dizer que tu sabe mais que eles (P7).

Uma vez eu botei muito sangue pela boca e eu chamei a ambulância e fui pro hospital, mas ninguém colocou a mão em mim lá [...] Não sei por que, mas as mulheres não queriam nem chegar perto de mim, até as enfermeiras (P11).

Segundo o mesmo estudo de Long (1999), as mulheres tendem a procurar os serviços de saúde mais tardiamente do que os homens. Mas os dados sugerem que muitas vezes o caminho dessas pacientes até o serviço de saúde especializado é lento por outros fatores.

Muitas vezes o preconceito faz com que as pessoas não cogitem essa doença [...] Falta isso nos médicos, escutar mais os paciente e parar um pouco com a canetinha (P7).

Talvez a resistência, colocada pela usuária, do médico acreditar que ela estivesse com tuberculose, ou ainda a falta de atendimento à paciente após ela informar seu diagnóstico, sugere que esses profissionais também podem apresentar uma relação de desigualdade de gênero.

Em relação aos sentimentos envolvidos na descoberta da tuberculose é possível destacar que muitas vezes está presente nas falas a sensação de culpa por poder transmitir e prejudicar as pessoas com quem convive.

Eu não sabia (diagnóstico) [...] Elas (irmã e mãe) disseram que se soubesse não estaria comigo, ainda mais com a minha irmã grávida por perto era muito perigoso [...] eu estava arriscando a vida da minha irmã (P8).

Eu me sentia culpada, sei lá. Fiquei meio depressiva [...] Foi mais em relação a mim do que das outras pessoas (P3).

Os dados sugerem que essas mulheres mencionaram sentimento de culpa por expor os seus familiares e pessoas queridas a uma doença que elas mesmas foram expostas um dia sem saber. Talvez esse sentimento venha dessa responsabilização que a própria mulher e a cultura de gênero impõem que o personagem feminino tem o dever de reprodução, da criação e da responsabilização pelo cuidado de toda a família. Quando o cuidado é ameaçado, ainda mais pela sua própria figura, a mulher pode apresentar esse sentimento.

Em algumas falas é possível encontrar outros sentimentos potencializados devido à associação de mais alguma doença ou complicação durante o tratamento para a tuberculose

Quando eu descobri que eu era portadora de HIV, que eu peguei do meu marido, dentro de casa [...] aquilo ali foi um choque (P5).

Eu tive hepatite medicamentosa. Foi horrível, por que chegou um ponto que muitos pacientes morriam do lado de mim com tuberculose por não tratarem direito, e eu fiquei apavorada, eu sinceramente não achava que eu ia sobreviver dessa doença (P10).

Eu peguei (HIV) do pai delas que faleceu disso. Eu só descobri que eu era portadora quando ele ficou doente e foi pro hospital (P7).

Os dados sugerem o quanto foi marcante a associação de outra doença, mais um tratamento e mais uma suscetibilidade. Em todas as entrevistas realizadas apenas duas participantes apresentavam a co-infecção da tuberculose com o HIV. E as duas relataram como foi sua experiência quando souberam do HIV e da tuberculose.

Eu tento não encucicar muito por que eu sei que é uma doença que tem cura (tuberculose), e não vai influenciar no meu HIV. O Filipe (filho) nasceu com HIV positivo e eu consegui negativar. Negativou com um mês. Mas eu já passei bastante trabalho com esse tratamento, me privei de amamentar, toda aquela coisa (P7).

Descobrir que eu tinha foi horrível, por que tu não espera. Se tu anda na rua com um ou com outro tu até espera. Agora tu imagina estar dentro de casa, amamentando um filho e tu contrair é o HIV é difícil (P5).

Os diálogos anteriores apontam o quão foi conflituoso descobrir que havia adquirido HIV, e ainda mais do marido. As falas sugerem uma relação de desigualdades entre gênero em que a mulher acredita na fidelidade do parceiro ficando exposta a diversas doenças, uma delas o HIV. Por ter adquirido do marido, e por ser uma doença que não apresenta cura, somente tratamento, que o HIV se mostrou mais marcante para essas mulheres do que a tuberculose.

Além de todas as questões já apontadas nos diálogos apresentados, e as entrevistadas expressaram um pouco da influencia do “ser mulher com tuberculose” nas suas relações familiares, em especial com os seus companheiros e filhos. Algumas dessas vivências serão abordadas a seguir.

5.2.1 Uma relação de apoio

A maior parte das entrevistadas da pesquisa ao serem questionadas sobre a sua relação com a família colocaram o quanto o apoio familiar estava sendo fundamental no seu tratamento, principalmente no início da sua terapêutica, e como esse núcleo as impulsionava para persistir na trajetória para a cura. Entre algumas das falas destacadas as mulheres colocaram a família como a responsável por ela seguir com o tratamento, mesmo com todas as dificuldades apresentadas nesse processo e todas as outras variáveis envolvidas, como se observa a seguir.

Eles procuram me ajudar no que eles podem, com conselhos e apoio. Isso é muito importante no tratamento (P5).

Eu fiquei triste, arrasada, mas o meu marido me deu força, meu filho e minha família, a minha mãe ligava todos os dias pra saber como eu estava (P8).

Tu vê todo mundo junto e tu fica excluída, tu sabe que é por causa da doença. A minha família não tem isso, eu sou tratada normal (P5).

É possível perceber com as falas das usuárias que elas colocam o apoio familiar como fundamental durante o tratamento. Talvez esses dados demonstrem a fragilidades que o processo de doença causa, juntamente com a incapacidade de realizar as tarefas que normalmente elas fazem ocasiona uma instabilidade emocional que muitas vezes é aliviada pelo apoio da família e a ajuda em realizar essas atividades que elas consideram fundamentais.

Nas primeiras semanas que eu estava muito fraca foi ali que eles me ajudaram [...] ir no banheiro, tomar banho. Por que eu precisava, me ajudou a cuidar dessa aqui (neta) (P1).

Minha família sempre me ajudou, a minha mãe cuidou deles (filhos) e me deu toda a assistência. Graças a Deus que dessa vez não precisou de tanto (P7).

Ele me ajuda só quando eu preciso ou só quando esta de bom humor (P6).

Muitos dos diálogos apontam que no momento que elas precisaram os familiares ajudaram. Ao utiliza a palavra “ajuda” a mulher toma a tarefa como sendo sua, seguindo inalterado o seu papel, mas sendo temporariamente realizado por outra pessoa.

É possível ponderar ainda que em certas colocações as participantes apontam que a relação da família, a partir da descoberta da tuberculose, se fortaleceu e ocasionou uma proximidade maior.

Mudou pra melhor. A família está mais unida, antes estava um pra lá e outro pra cá, agora nós estamos tudo junto (P11).

Eles (filhos) foram mais atenciosos comigo, mais carinhosos comigo, e o carinho continua (P6).

Os meus filhos tem um pouquinho mais de cuidado comigo, a minha menina toda hora pergunta se eu preciso e fala que se eu precisar (P4).

Entretanto essa preocupação e cuidado com o ente querido muitas vezes parece ficar mais fortalecida pelo medo da perda desse “elemento” central no núcleo familiar, que mesmo muitas vezes não reconhecida e oprimida, estrutura a família e a casa, e muitas vezes é responsável pelo sustento, como sugerem as falas abaixo

A relação da família ficou mais forte ainda. O medo deles me perder ficou mais forte. A única coisa que eles disseram foi que eu não posso morrer ainda porque não está na hora (P1).

Até na escola ele (filho) correspondem um pouco (a doença da mãe) [...] Ele pode estar tendo uma reação por cogitar de perder a mãe (P7).

Todavia, mesmo com a maior parte das entrevistadas apontando o apoio familiar como fundamental, em alguns casos a família apresentou-se como mais um fator estressante para essa mulher ao longo do seu tratamento. A ameaça de corrosão do pilar central de sustentação da família que essa mulher apresenta, por meio de características e comportamento distintos do seu usual, também pode repercutir nas relações familiares de maneira negativa, como colocado abaixo.

Às vezes da um atrito lá em casa por que eu quero trabalhar de novo, poder fazer as coisas de novo, poder correr, não vejo a hora de

ficar bem melhor [...] eu me sinto muito irritada, porque eu não posso fazer as coisas (P2).

Aquilo foi bem complicado, o casamento quase acabou, a minha filha chegou a falar pra mim que tava pensando na possibilidade de voltar a morar com o pai dela, por que eu estava insuportável (P10).

Outro fator apontado como conflituoso entre a família é a questão do preconceito presente entre os entes que compõe esse núcleo. Muitas vezes os mitos sobre a doença, relacionados com o tratamento e o isolamento realizado no passado, fazem com que ocorram esses desentendimentos, como ilustram as falas abaixo.

Eu falei pras gurias (do serviço de saúde) que essa (mãe) era a que mais tinha preconceito e ela pirou comigo [...] minha mãe é velha e ela sempre diz que antigamente tinha que se isolar, antigamente as pessoas morriam por causa disso (P7).

O preconceito já veio de casa com a minha mãe, ela separou tudo, copo, talheres, copo, garrafinha de água, toalha. [...]. Mas não é só minha mãe que tem preconceito e sim toda a família (P4).

Mesmo com esses familiares já expostos anteriormente, quando a mulher, integrante dessa família, apresenta a tuberculose, como a fala acima ilustra, outros membros desse núcleo apresentam uma reação de isolamento, muitas vezes associada a preocupação e pré-julgamento desse membro. Essa atitude da família pode ser explicada muitas vezes pelo medo de adquirir também a doença e de todo preconceito que ela envolve como ilustra a fala abaixo.

A minha mãe vai fazer o tratamento, mas só pra prevenir [...] ela falou pra patroa dela e ela tratou que nem bicho a humilhou, tanto que ela resolveu não trabalhar mais ela por causa do preconceito (P7).

O meu sobrinho tem síndrome neuropática renal [...] aí ela (irmã) tem medo. Eu não ia (interior da casa) pra não ter contato direito com ele, por que se não a minha irmã ficava louca (P9).

Os dados apresentados demonstram algumas das situações familiares que essas mulheres passaram. Mas é possível destacar que ao falarem de situações de estresse com a família, ou elas citavam esse núcleo de uma maneira geral, ou elas colocavam conflitos pontuais, que em geral estavam envolvidas as outras mulheres da família (como a mãe ou a irmã). É possível conceber então a ideia que as próprias mulheres também perpetuam culturalmente esse conflito, já que cada uma delas tenta proteger o seu núcleo familiar menor, mantendo-se saudável para proteger o bem estar do restante de sua família e sua renda.

Contudo, nessas relações que podem ser conflituosa com a família muitas vezes também está envolvida a culpa da transmissão para o ente querido, como ilustra as falas abaixo.

Ela (mãe) tava mais nervosa por achar que ela que tinha transmitido [...] Então eu tinha que acalmar ela pra ela ficar junto comigo, porque ela não queria chorar pra dar força pra mim (P2).

Quando eu contei pro meu marido ele ficou mal, por que ela sabe que eu peguei dele [...] Mas quando eu me sentia um lixo, por que eu estava doente, eu até falava pro meu marido que tinha pegado essa imundice por causa dele e ele pirava (P9).

As falas sugerem a preocupação que essas mulheres apresentam com os seus familiares para minimizar o sentimento de culpa que eles verbalizam. Mesmo que em momentos de estresse elas possam externalizar os seus sentimentos, de modo geral elas pareceram querer manejar a situação a fim de preservar o seu familiar.

Uma das participantes comenta que pegou do seu marido que estava no ambiente prisional. O Plano Nacional de Saúde vigente (2009-2011) faz referência à saúde da população encarcerada, que fica exposta a doenças decorrentes da superlotação, ventilação e condições sanitárias inadequadas e baixo nível socioeconômico, como: tuberculose, hanseníase, DST/HIV/Aids, hepatite, hipertensão arterial, diabete, traumas diversos (BRASIL,2009).

Entretanto os cinturões de doenças não afetam somente os presos, que segundo o Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (InfoPen) está estimado, até dezembro de 2010, em 496.251 presos no Brasil, sendo 461.444 homens e 34.807 mulheres. Essa situação afeta também os funcionários e os visitantes que circulam nesses locais e estão diretamente expostos a todas as doenças desse meio, como resalta a nossa entrevistada.

Acho que a maioria das pessoas pega na cadeia é mais fácil, por que lá tem muito tuberculose, bah. A minha família me condenou por eu ter pegado na cadeia (P9).

Os dados apontam que o conflito que essa mulher se encontra, já que ela acaba visitando o seu marido na prisão, mesmo sabendo que ficaria exposta a todos os tipos de doenças transmissíveis que esse ambiente apresenta. Essa situação sugere uma relação de poder, já que, mesmo algumas vezes acusando o marido pela transmissão, ela acaba defendendo que poderia ter ocorrido em qualquer lugar, abstraído a culpa do marido de expo-lá àquele ambiente.

Ele disse que se ele não tivesse lá eu não tinha pegado isso. Mas a gente pode pegar em qualquer lugar isso. Agora ele já está normal (P9).

Como já apontamos anteriormente, a relação familiar, mesmo que conflituosa, mostrou-se fundamental nesse processo de doença e cura. Contudo, ao serem questionadas a respeito de suas famílias, a maior parte das entrevistadas destacou de forma diferente a relação da família e do companheiros/marido/namorado. Durante os questionamentos sobre a relação entre seu parceiro elas se referem da seguinte maneira.

Eu encontrei uma pessoa que esta do teu lado, que esta me apoiando e me dando força, por que uma pessoa te dando apoio moral é muito importante nesses momentos [...] (P5).

Ele gosta de mim, ele cuidou bastante de mim, a gente se da bem, ele sempre me apoiou [...] quando eu saí do hospital ele já sabia que eu já tinha TB (P7).

É possível perceber que elas caracterizam a visão do homem em geral de uma forma que posteriormente será discutida. Mas o que se destaca nas falas é que tanto a relação de cuidado quanto a instabilidade do relacionamento foram citadas.

Eu acho que se eu fosse casada com o primeiro ele me largava (P10).

Companheiro nem quero. Companheiro é só em festa pra beber pra dançar sabe (P1).

Eu to com o meu companheiro e todo mundo está dizendo pra ele que eu to com AIDS por que eu tava magra. [...] Ele acredita em mim. Mas ele quer carregar o papel, pra quando eles falarem de mim ele mostrar. Ele que sabe. Ai eu falei que fazia o exame (P11).

Os dados apontam a diferença de poder que a relação da P11 apresenta ao ela se dispor a refazer o exame de HIV para que o companheiro possa se auto-afirmar com as outras pessoas que acusam ela de ser aidética. Essa situação só parece transmitir uma relação frágil e sem confiança. Essa relação de poder, envolvendo gênero, está intrínseca nesse ato, já que esta mulher aceita esse imposição e ainda não questiona a ideia.

Reforçando essa relação conturbada, a fala da P10 sugere que seu casamento anterior possuía essa relação de poder em que esse companheiro, se estivesse nessa situação (que a mulher se encontra privada de realizar algumas atividades e que necessita de um suporte maior) não suportaria, ou talvez não visse continuidade nessa relação, abandonando essa mulher num momento de vulnerabilidade. Posteriormente discutiremos essa característica que algumas entrevistadas colocaram como sendo tipicamente masculina.

Contrapondo essa ideia se destaca a fala em que uma das usuárias relatou com muita intensidade o quanto está sendo apoiada pelo companheiro. Completou em suas falas posteriormente que havia conhecido ele durante o tratamento, como pode-se observar abaixo.

Mesmo ele não tendo tuberculose ou HIV ele quis ficar comigo pra me ajudar. Pra mim é uma prova de amor, por que só pode ser loucura. [...] Se a situação fosse ao contrário eu ficaria só se eu gostasse muito (P5).

A ideia de um homem aceitar uma mulher que está 'condenada' a fazer o tratamento durante toda a sua vida parece inconcebível para essa mulher, transmitindo a ideia de gênero em que o homem só se relaciona com uma mulher saudável.

Com as mudanças culturais que ocorreram, a mulher começou a prover o seu próprio sustento, ter o controle sobre a sua fecundidade, entre outras coisas, fazendo com que ela se tornasse independente e dona de suas escolhas. Em alguns casos essa escolha parte de problemas anteriores com homens, o caso da entrevistada, optando então por ter uma relação apenas quando fosse conveniente para ela. Essa mudança radical de cultura cada vez mais está presente no nosso cotidiano, com mulheres que são chefes de família, mas que por muitas vezes ainda são julgadas por isso. Entretanto na maior parte dos casos ainda é presente o núcleo familiar tradicional, ou uma família reconstituída, entre as mulheres entrevistadas, demonstrando uma relação estável com o seu companheiro, como colocado a abaixo.

Agora a vida conjugal é uma maravilha, a gente tem os nossos altos e baixos, mais pela parte financeira que a gente briga um pouco. Mas ele sempre me apoiou em todos os tratamentos que eu tenho que fazer (P7).

Mesmo que por muitas vezes o impacto inicial da doença seja marcante, é possível perceber que os atuais companheiros permaneceram ao lado dessas mulheres, ao contrario do temor que elas mencionaram sobre abandono do lar no processo de doença da mulher.

O meu marido ficou apavorado por que ele já tinha viajado pra família deles, já tinha tido contato com as filhas dele (P10).

Ele nunca tinha tido nenhum caso na família dele ou de pessoas que ele conhecesse. Ele ficou meio assustado (P3).

Contudo, no ponto de vista dessas mulheres, alguns dos homens do núcleo familiar não agiram da mesma forma, levando com que elas escondam o seu diagnóstico para preservar a relação com os outros entes envolvidas, como ilustramos nas seguintes falas.

O marido (da filha) é muito ignorante e tem certas coisas que ela vai com ele. Ele é daqueles que se eu falasse pra ela que tava com tuberculose ele não ia deixar eu chegar perto dos meus netos. Ele ia afastar ela lá de casa (P6).

Meu ex-marido quando ele soubesse ia querer pedir a guarda da minha filha. Por isso eu não contei para ela que eu tenho tuberculose, para preservá-la (P10).

Os dados sugerem então uma relação de poder que existe nessas duas situações. Em que se o homem soubesse iria privar o convívio dessa mulher com seus familiares, mesmo que essa mulher já estivesse tratando e não transmitindo mais. Contudo, nessa relação de poder que existe, é possível perceber que ambas as partes parecem de alguma forma ser coniventes com essa relação, como colocado na frase da P6, acima citada, em que ela relata que a sua filha “vai” pela decisão do marido.

Além da relação família, o convívio social com amigos, vizinhos e colegas de trabalho foi questionado para as participantes, como é apresentado a seguir.

Minhas amigas também não me abandonaram, muitas foram ali me ver, não tive problema nenhum [...] Minha comadre disse que se por acaso se eu tivesse com problema e precisasse de um pulmão ela cedia um (P1).

As minhas colegas que estão indo lá em casa estão reagindo bem, melhor que a minha família (P4).

Eles foram uma família pra mim, e eu fiquei um bom tempo sem poder ir lá, e eles iam lá em casa me visitar (P6).

Todas elas (amigas) foram me visitar quando eu estava bem mal de cama. Foi mais a minha família que ficou assim mais com medo, por causa da minha irmã grávida, mas passou (P8).

Os dados apresentados enfatizam os vínculos que elas apresentavam com colegas de trabalho, amigas e vizinhas e como esse apoio também foi importante durante o tratamento. Essa relação muitas vezes era melhor do que com a família. As repercussões envolvidas após o diagnóstico da doença foram amenizadas, muitas vezes, apenas com o convívio dessas pessoas. Entretanto, mesmo com a maioria das usuárias colocando o apoio que recebiam da comunidade, a pouca proximidade com também foi abordada nas falas a seguir.

Com vizinhos eu não tenho tempo de conversar, nem conheço as pessoas direito. Eu fico mais com a minha família (P9).

Na minha vizinhança eu não tenho esse tipo de relação, cada um no seu quadrado. E no trabalho eu tenho um afeto, uma amizade com o cliente, mas eu participo mais da vida deles do que eles da minha (P7).

Os dados sugerem que essas mulheres ao evitarem o relacionamento com a sua vizinhança podem estar refletindo em um dos papéis da mulher de ficar em casa cuidando das tarefas domésticas e de sua família. É possível perceber ainda que mesmo no relacionamento de trabalho a usuária tem certo afeto pela cliente, mas em momento nenhum expõem a sua família para elas.

Contudo, quando esse tipo de relação existe nem sempre as participantes colocaram de uma forma positiva, em relação ao tratamento, como é apontado a seguir.

Os vizinhos do meu velho e o pessoal lá que tão comentando que eu to com HIV, por que eu to muito magra (P10).

Quando eu emagreci eles disseram que eu estava com AIDS. Porque para eles emagreceu é porque tu pegou HIV (P1).

A questão apontada por duas usuárias sobre o emagrecimento e o HIV ainda é muito vista pela sociedade. Os portadores de AIDS, que não realizavam o tratamento hoje preconizado, apresentavam como característica o emagrecimento rápido e o aspecto físico de uma pessoa não saudável. O portador de HIV ainda é muito relacionado aos comportamentos de risco, como exposição às drogas e promiscuidades, que o HIV apresenta. Contudo, essa comunidade ao prejudicar a entrevistada como portadora de HIV, também associa a imagem dela como uma mulher que não se deu ao respeito, contradizendo os papéis definidos pela sociedade de uma esposa que respeite o marido e só realize tarefas domésticas. Já como aponta outra participante, o preconceito pode ter origem de outra forma.

O meu irmão tem tosse alérgica e todo ano tem que tratar e ela(vizinha) falou que pegou a doença "fulana". Sabe agora eu sou culpada da tosse dele e da de todo mundo (P2).

Como os dados sugerem, parte da comunidade com quem ela convive parte do pressuposto que a usuária estaria transmitindo para toda a comunidade a doença que ela apresenta, apontando um papel de irresponsabilidade por parte da entrevistada. Essa relação está muito ligada com o papel do cuidado à família que a mulher apresenta, e como ela estaria expondo a sua família e o ambiente que ela convive.

Além de todas as questões já apontadas nos diálogos apresentados, as entrevistadas colocaram que as mulheres apresentaram singularidades que elas apontaram como sendo exclusivas, ou mais marcantes em mulheres, e que se destacaram ao descobrir que tinham tuberculose e ao lidar com essa situação. Dentre essas características típicas femininas algumas serão abordadas a seguir.

5.2.2 “Porque mulher é mulher...”

A fala de uma das entrevistadas, representada no título, ilustra como participantes colocaram algumas das singularidades que elas consideraram femininas e que para elas influenciam durante a descoberta e o tratamento da tuberculose. É possível destacar inicialmente que ao serem perguntadas se havia alguma diferença na descoberta e no tratamento delas com o dos homens foram perpetuados os seguintes diálogos.

Acho que se eu fosse homem eu faria o tratamento igual (P10).

E que é a mesma doença em homem e mulher, pra mim eu acho que é a mesma (P11).

É mesma coisa por ser homem ou por ser mulher. Dificuldades tu tem porque tu cansada, tu vai fazer certas coisas e tu cansa, mas fora isso não (P 1).

Isso inicialmente pode demonstra que essas mulheres não percebem diferenças de gênero quando se trata de tuberculose. Entretanto grande parte das mulheres que relataram não ter diferença, posteriormente apontaram algumas pequenas variações nas suas perspectivas como:

Só acho que na parte de se isolar um pouquinho não seria igual (P2).

Depende. Eu acho que se eu fosse casada com o primeiro ele me largava. Ele não aguentaria. Imagina se fosse ele que estivesse doente (P10).

Tem uma diferença muito grande, enorme, entre eu e os meus irmão, por que se eles fizessem o tratamento direitinho eles tava aqui com nós (P6).

Acho que muitas vezes eles acabam não concluindo o tratamento por falta de lembrar de tomar os comprimidos e fazer o tratamento corretamente. Acho que muitos não conseguem concluir na primeira, na segunda vez, por falta de lembrar de tomar nos horários (P7).

Os dados podem significar que o gênero está muito mais intrínseco na nossa cultura, na nossa criação e nas nossas atitudes do que a maior parte pode perceber. Entretanto a maior parte das entrevistas respondeu a mesma pergunta relatando que havia diferença sim, como mostra as falas a seguir.

Eles já não deixariam de fazer (beber). Por medo acho que o homem segue o tratamento (P9).

Se eu fosse homem eu acho que eu ia esconder pra ficar mais livre por causa do álcool [...] o homem não consegue se segurar. Olha quantos homens estão voltando aqui, por causa do álcool (P1).

Pelo o que eu vejo aqui tem mais homem que mulher. Talvez por causa da bebida, cigarro, noitadas [...] Se eu fosse homem eu acho que eu não pararia. Eles estão parando o tratamento, não estão fazendo ele direito. Tomam quando quer (P4).

Acho que pro homem é mais difícil, por que eles não vão se privar de algumas coisas pelo tratamento (P5).

Ele (amigo) não gostou muito da ideia(tratamento) por que ele teve que parar com a cervejinha dele, diminuir o cigarro. Não parou, mais diminui. Pra ele foi mais sofrido por causa dos vícios dele [...] Acho que homem tem mais propensão de pegar pelos vícios (P7).

Pode-se perceber, então, que a mulher se considera mais apta do que o homem em conseguir lidar com certas situações. É possível relacionar essa colocação ao fato de que o homem, historicamente, ao prover o sustento da casa sempre se mantinha afastado do lar durante longos períodos, enquanto a mulher possuía essa relação de cuidado com os seus entes, principalmente quando um se apresentava convalescido. Talvez para essas mulheres o enfrentamento e o tratamento de algumas doenças sejam mais comuns, não só de sua parte, mas dos outros membros da família também.

Uma das questões apontadas com muita frequência nos diálogos são os vícios, como foi colocado por elas. O consumo de tabaco e/ou de álcool é muito presente na figura masculina, estando o homem mais propenso a adquirir a tuberculose. E segundo elas, para os homens abrir mão desses hábitos seria muito mais complicado do que para as mulheres. Entretanto, um estudo realizado na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, sugere que o aumento do consumo de drogas entre as jovens, que pode estar ocorrendo, tem como possível relação a revolução feminista e a emancipação das mulheres (HORTA, 2007).

A luta contra os estigmas sociais que a revolução feminina pôs em debate, fez com que grande parte da população feminina se questionasse por que certos hábitos eram considerados somente masculinos e por que elas não poderiam realizar. Esses questionamentos abriam espaço para que a mulher tivesse contato com ambiente antes não frequentado por elas, mais participação social, e contato com as drogas (legalizadas e ilegalizadas), entre outros aspectos. Claro que o conceito de gênero na sociedade ainda está muito interligado com a nossa história passada, mas as mudanças culturais e históricas também fazem cada vez mais com que aos poucos ele vá se modificando. A fala colocada a seguir ajuda a refletir essa ideia apresentada anteriormente.

No começo eu me sentia, bah uma mulher. Eu achava que tuberculose estava na questão de tu beber e fumar [...] Daí eu vim saber que não era assim, que a gente pegava pelo ar e coisas assim. Mas mesmo assim eu achava que não é tanto em mulher, mas em homem (P2).

Elas ainda colocam como mais uma diferença no tratamento do homem para mulher a ingestão do anticoncepcional, como apontado nas falas abaixo.

A única diferença da mulher pro homem é que os remédios cortam o efeito do anticoncepcional [...] tem o risco de acontecer um problema com a criança (P3).

O tratamento é longo e tudo é mais difícil, os remédios pra mim não engravidar já são outros por causas dos tratamentos (tuberculose e HIV) (P5).

Os dados sugerem que essas mulheres observam o anticoncepcional com mais um fator estressante além da questão dos remédios para a tuberculose e em alguns casos do HIV associado. Entretanto como coloca a P2, o consumo do anticoncepcional pode ser ainda um ponto favorável no tratamento para a tuberculose.

Eu acho que pra mulher é mais fácil de tomar o remédio. As mulheres tem mais persistência. E também tem aquela coisa que se mulher toma remédio tudo bem, mas quando homem toma remédio é porque está doente (P2).

Essa fala sugere que com a conquista do controle reprodutivo pela mulher, simbolizado pelo anticoncepcional, o uso desse método contraceptivo ficou difundido em todo mundo, fazendo com que o consumo de medicações diárias pelas mulheres seja visto como normal diferente do homem. Isso auxilia no tratamento para tuberculose pelo estigma envolvido com o consumo do remédio.

Outra desvantagem, comentada por apenas uma mulher, mas que do ponto de vista do objetivo do estudo é possível destacar que o enfrentamento (ou abandono) da doença da mulher pelo homem, como ela conta.

A mulher sofre mais por que ela é mais corajosa. A mulher não larga o marido nesse momento. Se ela respeita de verdade ela vai cuidar [...] Nessa hora o homem se acovarda e não quer saber (P10).

A fala permite observar que a usuária sugere que a relação de cuidado entre o homem e a mulher não se manifesta de forma recíproca, mostrando as diferentes relações de poder do homem e da mulher. Talvez isso possa ser explicado pelo fato de que não é esperado do homem o papel de cuidador, tanto em relação à mulher doente, como com o resto da família e em relação a ele próprio. Como Souza, Espírito Santo e Mota (2008) apontam “seu papel de sustentáculo do lar parece sobrepor-se a seu interesse pessoal na manutenção da própria vida”.

A questão da vaidade também foi citada durante as entrevistas. Talvez o medo de que o companheiro a veja de uma forma desleixada seja relacionada com o não cumprimento dos papéis relacionados das mulheres e um possível abandono, como a fala ilustra abaixo.

Eu não queria que ele me visse (durante a internação), eu tava muito feia, muito magra, bem debilitada [...] E ele é um homem bem bonito, bem jovem, e eu com unha pra fazer, cabelo pra pintar, magra (P4).

Retomando os dados que apontam as características que algumas das entrevistadas colocaram como femininas e favoráveis para o tratamento da tuberculose, destacam-se as falas abaixo.

É uma vantagem de ser mulher quando se faz o tratamento. Eu acho que homem não tem tanta persistência. Eles não têm tanta força de vontade que nem mulher tem (P1).

Acho que mulher tem mais vontade de viver, por que mulher é mulher (P8).

Eu acho que as mulheres encaram as coisas mais de frente do que os homens, com qualquer tipo de situação, ou doença. Influência pra melhor (P5).

Acho que mulher é mais cuidadosa com o horário, o homem é meio esquecido nesse ponto (P7).

Mas uma mulher é sempre mais corajosa que os homens (P9).

Já quando elas se referem ao serviço de casa há um sentimento dicotômico em relação a esse assunto como foi apontado por elas. Algumas das falas demonstram ainda que quando esses afazeres são tirados dessas pessoas, mesmo que temporariamente, elas sentem falta de realizar essas tarefas por se sentirem incapazes ou limitadas, mesmo que temporariamente, sentindo-se muitas vezes insatisfeitas com a tarefa realizada por outras pessoas, como o diálogo a seguir ilustram.

Como eu fiquei sem trabalhar, eu queria ajudar limpar, fazer as coisas, mas o máximo era uma locinha, esfregar as panelas não podia porque eu cansava. Aí eu não podia fazer nada e ficava chateada (P2).

Eu chego a sonhar que eu estou limpando a minha casa, por que nada fica como eu quero [...] parece que esta tudo fora do lugar. Eu quero fazer (P4).

Eu me senti até mal, por que a gente tá acostumada fazer as coisinhas da gente como agente quer. Tinha dias que eu ficava braba, ficava revoltada (P6).

Nesse período que eu não conseguia fazer as coisas eu já estava meio aflita, me sentindo ruim por que eu sempre fiz tudo sozinha (P7).

Eu tenho que me segurar um pouquinho ainda porque não to legal ainda pra fazer, só que eu tenho essa ansiedade pra fazer (P4).

Os diálogos apontam que os depoimentos sugerem o quanto foi impactante para elas não poder mais realizar atividades que estavam no seu cotidiano e que muitas vezes lhes proporcionavam prazer. Talvez a impossibilidade de realizar as tarefas caseiras, por exemplo, tenha intervindo de tal forma nessas mulheres justamente pela questão de gênero que se encontra profundamente impregnada na criação e enraizada culturalmente na sociedade, como reforça a fala seguinte.

Sempre fui eu e a mãe que fizemos a limpeza. A mãe passou a vida inteira limpando a casa da vó quando ela era viva, porque pra vó era a mulher que tinha que limpar. Então eu achava que eu era assim e limpava a casa (P2).

Essa fala sugere o quanto a entrevistada coloca as tarefas de casa como única responsável pela atividade, passando esse pensamento de geração em geração. Posteriormente esta mesma entrevistada ainda acrescenta ao diálogo a seguinte colocação.

Eu odeio morar com homem [...] Se eles podem eles bagunçam tudo. São homens, sempre foram assim (P2).

A afirmação colocada durante a entrevista sugere essa divisão de tarefas sob a ótica “generificada”, no ponto de vista da participante. Entretanto para ela esse fato não parece poder ter alguma alteração já que se encontra tão intrínseco no papel do homem. Contudo, a retomada das tarefas de casa parece levar a uma satisfação explícita, como colocado na seguinte fala.

E um dia eu fiquei tão faceira que de manhã eu levantei, lavei uma louça, limpei o fogão [...] aquele dia eu disse que agora a casa era minha, deu prazer fazer as obrigações, por que eu estava dando uma saudade louca (P6).

É possível destacar que a fala colocada anteriormente aponta o quanto a entrevistada colocou como prazeroso retomar as suas atividades, relatando a retomada do papel de dona de casa como uma das grandes vitórias da recuperação da doença. Por outro lado, pequena parte das mulheres entrevistadas quando mencionada a questão das tarefas domésticas realizadas por familiares colocam como preocupação e atenção com elas, muitas vezes somente realizados quando elas precisavam, ou não tinham condições de realizar, e não como auxílio em todos os momentos, como colocado nas falas abaixo.

Mas eu tava feliz que eles levavam as coisas, se preocupavam comigo” ou ainda nas seguintes falas (P8).

E quando tu fica doente todo mundo faz pra ti [...] Melhor que agora, que ninguém faz nada. Não sou mais mimada agora. Agora se eu quiser as coisas eu tenho que fazer (P1).

Aquele primeiro mês em casa ele me ajudou em tudo, lavava roupa, fazia comida, lavava louça, e agora ele me ajuda só quando eu preciso ou esta de bom humor (P6).

Esses comentários sugerem o quanto essas mulheres entendem os cuidados com elas como uma demonstração de carinho. Mas é possível observar também que elas criticam de certa forma que algumas das atividades que elas realizam serem sempre delas, e receberem ajuda somente quando necessário ou quando o parceiro, por exemplo, julga não ser de sua função, mas realiza esporadicamente, quando está de bom humor, como coloca a usuária.

Com relação ao trabalho fora de casa a maior parte das usuárias estava trabalhando e tiveram que se afastar do emprego temporariamente, e algumas sem previsão de retorno. Com isso a renda familiar foi abalada e a atividade da mulher drasticamente reduzida, assim como o convívio social como mostram as falas abaixo.

Teve o afastamento das amigas do serviço. Não sei se todos sabem, mas o que sabe não se isolam de mim, eu chego lá eles me abraçam [...] Mas o convívio diminuiu (P2).

Clientes desmarcando, eu desmarcando no caso, e não podia dizer muito [...] mas eu resolvi me afastar (P7).

Me dispensaram [...] cortaram o dinheiro que eles não podiam ter cortado (P1).

Atualmente o papel da mulher como provedora da renda familiar, ou como grande auxiliadora nessa tarefa, está cada vez mais presente (GIFFIN, 1994; BARBOSA, 2001). Mas com essa mudança de papeis, ou acréscimo, na função da mulher, o afastamento da mulher do trabalho fora de casa resulta em uma queda relevante na renda familiar, fazendo com que todos os membros familiares fiquem envolvidos. Os dados sugerem o quanto esse fator financeiro e social interfere psicossocialmente no processo doença. Em um dos depoimentos ainda é possível observar que a entrevistada havia sido demitida por causa da tuberculose. Não é possível afirmar que ela tenha sido desligada do serviço por ser mulher já que ao ser questionada sobre essa questão ela colocou “Não, eu acho que seria a mesma coisa. É por causa da doença”.

Esses dados encontrados nas falas das mulheres entrevistadas discordam parcialmente da pesquisa anteriormente citada em que Queiroz e Nogueira (2010) apresenta como resultado que mulheres relataram dificuldades no enfrentamento da família, no preconceito, interferências nas suas atividades diárias e medo da transmissão para pessoas queridas, enquanto os homens destacaram mais a ansiedade em retornar ao trabalho e a recuperação da força física. Analisando as informações coletadas na pesquisa é possível perceber que as dificuldades relatadas pelas mulheres no estudo anteriormente mencionado são também encontradas nas entrevistas realizadas, porém a ansiedade de retornar ao trabalho e recuperar a força física citada pelos homens no estudo de Queiroz e Nogueira também foi mencionado pelas participantes nessa pesquisa, como ilustram as falas abaixo.

Qualquer coisa eu sou obrigada a voltar a trabalhar, porque quem sustenta a casa sou eu, sustento os meus filhos, tenho as minhas continhas nas lojas, não posso ficar sem trabalhar (P4).

Eu senti falta, eu tô me cuidando por que sempre eu gostei de trabalhar, eu me criei trabalhando e se eu ficar em casa acho que eu vou ficando velha (P6).

A parte financeira caiu muito também. O Felipe teve que se privar de muita coisa, mas ele entendeu bem, por que ele viu que eu não estava legal (P7).

O papel da mulher ao longo das décadas foi se alterando em diversos aspectos. Um deles é no sustento da casa. Com a inserção da mulher no campo de trabalho esse conceito foi se alterando gradativamente. Atualmente uma mulher que sustente a casa, mesmo que essa apresente um companheiro ou um cônjuge, já não é vista como uma exceção. Dessa maneira, muitas das mulheres hoje são as fontes do sustento da casa, mesmo que esse lar apresente outras possíveis possibilidades de renda.

O auxílio a alimentação para pacientes que realizam o tratamento de forma correta, que não faltam em consultas e realizam todos os exames é uma forma muito comum de incentivo para o tratamento, já que muitas vezes a renda familiar ficou comprometida, como ilustra a fala abaixo.

Mas agora eu ganho um ranchinho por mês e eu fico feliz, como ajuda. Mas ta difícil, não ta fácil (P8).

Abrange quase tudo por que eu ganho rancho aqui e eu bastante auxílio (P5).

Quando eu fui bater esse RX eu disse que não podia esperar, por que o médico pediu pra trazer na sexta. E eu dependo da sacola também, né (P1).

Durante a nossa pesquisa foi possível observar que em algumas das falas o auxílio doença e a cesta básica eram vistas como única renda da família, ou a maneira que essas mulheres conseguiram de manter os seus entes.

A renda da família tá horrível. Hoje é minha ultima cesta básica [...] Essa é minha renda [...] Agora que eu fui liberada, quase um ano fazendo o tratamento. Eu vou ter que fazer alguma coisa (P1).

Muitas das mulheres entrevistada perderam os seus empregos, ou estava temporariamente afastadas, afetando diretamente a renda familiar, se essa não for completamente atingida. Isso demonstra o quanto as mulheres estão assumindo a tarefa, vista anteriormente como masculina, de sustento da casa, sem muitas vezes abdicar, ou transferindo as suas outras atividades.

Embora as mesmas preocupações, antes consideradas somente masculinas, foram encontradas também durante a entrevista com mulheres ainda é possível dizer que sob a perspectiva de gênero homens e mulheres têm distintas experiências da doença, por diferentes atividades e diferentes níveis de impacto na vida desses portadores de tuberculose. A sobrecarga de tarefas, ao assumirem mais uma responsabilidade, enquanto doente, gera uma carga excessiva nessas mulheres, podendo ocasionar comprometimentos futuros, principalmente relacionados a saúde (depressão, estresse, irritabilidade, entre outros).

Entender o ponto de vista feminino sobre as repercussões da tuberculose na vida de mulheres auxilia os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, a fim de trabalhar esse aspecto durante o tratamento, garantindo assim a adesão e a autoestima dessa mulher, que por diversas vezes foi oprimida e subjugada.

A maneira de observar as características masculinas, sob o ponto de vista feminino, interfere também no impacto das atividades femininas enquanto portadoras de tuberculose. A seguir serão discutidas mais a fundo as características dos homens e que influenciam o tratamento.

5.2 “Mas tem uns que não tão nem aí...”

Assim como ao responder sobre a questão de “ser mulher com tuberculose” as participantes se referiram, de uma forma destacada, a características que elas consideram típicas do feminino, tais como serviço de casa, cuidado com a família, mais persistência, mais cuidado com o horário da medicação, mais força de viver, entre outros. Também quando se referiram a homens mencionaram certas atitudes e pensamentos como singulares deles. Essa situação veio a partir do momento em que elas defeniram o sexo masculino com suas singularidades, mas por meio dessas especificidades explicaram muitas das reações que o homem que trata da tuberculose tem, comparando-o consigo.

Por isso nesse item iremos discutir a respeito da visão feminina do homem com tuberculose e de como as ações colocadas como típicas dos homens são relacionadas com isso para as mulheres pesquisadas. Embora a generalização ocorra é importante resaltar que em muitos casos, mesmo elas referindo de um modo amplo, a experiência pessoal e única com os seus relacionamentos foram abordadas de alguma forma. Muitas vezes essas situações seguiram o padrão por elas comentado, mas em alguns casos esse fato não ocorreu.

Inicialmente é possível destacar as dificuldades durante a descoberta da tuberculose e do tratamento, com sãs ilustradas abaixo.

Eu acho que homem não tem tanta persistência. Eles não tem tanta força de vontade que nem mulher tem (P1).

Eu acho que pra homem é mais difícil, por que são muito machistas (P5).

Eu já acho que ele não encara do mesmo jeito porque de repente fica impotente (P1).

Inicialmente na análise dessas falas se destaca o tema da impotência citado. A impossibilidade de uma ereção é muito temida entre todos os homens pela imagem de não representar um homem saudável. Segundo Saffioti (1999) “Perdido este status, o homem se sente atingido em sua própria virilidade. [...]. A impotência sexual, muitas vezes, constitui apenas um pormenor deste profundo sentimento de impotência, que destrona o homem de sua posição mais importante”.

Talvez esta seja uma das razões do homem esconder o diagnóstico de tuberculose, para continuar exercendo todas as suas atividades normalmente e não perder a sua virilidade.

Mas se eu fosse homem eu acho que eu ia esconder pra ficar mais livre por causa do álcool. Porque tem que parar com o álcool. E o homem não consegue se segurar. Olha quantos homens estão voltando aqui, por causa do álcool (P1).

Eu acho que pra homem é mais difícil, por que são muito machista [...] A gente até se priva de algumas coisas, mas eles eu acho que não (P5).

E se eu fosse homem eu não contava, chegava sexta feira e deixava de tomar o remédio, pra fazer festa. É por isso que muitos voltam né (P1).

Já muitas vezes citada no estudo, o consumo de drogas, tanto lícitas, quanto ilícitas, pelos homens foi bastante apontado com sendo um dos principais fatores, segundo as mulheres entrevistadas, como dificultante durante o tratamento. A seguir veremos as falas que destacaram esse assunto.

Quem ta fazendo o tratamento não pode beber, e eu não bebo mais, que antes quando eu saia eu bebi, mas eles já que não deixaria de fazer (P9).

Eu achava que dava mais em homem pela questão do cigarro e da bebida (P2).

Pelo o que eu vejo aqui tem mais homem que mulher. Talvez por causa da bebida, cigarro, noitadas. [...] Se eu fosse homem eu acho que eu não pararia (P4).

E o meu irmão mais novo foi a mesma coisa, pegou e foi pro hospital umas três vezes baixar no hospital e largou por causa de drogas. Ele não tomava o remédio pra usar droga (P6).

Ele (amigo) não gostou muito da ideia não por que ele teve que parar com a cervejinha dele, diminuir o cigarro, não parou mais diminui. Pra ele foi mais sofrido por causa dos vícios dele. Então assim eu acho que homem tem mais propensão de pegar pelos vícios, eu acho (P7).

Mas a final por que a visão de homens que consomem álcool e tabaco é tão comum? Talvez isso possa ser explicado também historicamente. Segundo Pedroso et al. (2006), a decisão de beber é influenciada, em parte, pela expectativa de que o álcool resultará em terminadas consequências desejáveis, tais como a diminuição da tensão, facilitação social e sexual. Como coloca Paschoalick, Lacerda e Centa (2006), o estereótipo da masculinidade faz com que os homens fiquem expostos, pagando muitas vezes com a sua própria saúde, tudo para corresponder a visão de macheza imposta pela sociedade.

A rejeição em tomar o remédio ou finalizar o tratamento também foi citada por essas mulheres com as dificuldades masculinas do tratamento da tuberculose.

Ele (irmão) parou por que se sentiu melhor e parou. Eles sabia que tinham que fazer até o final. Não fizeram por que são teimosos, por que sabe que ia fugir de casa e não está nem aí. Não tem amor a si próprio. (P6).

Mas eu sei que tem gente que ganha tudo, mas fala que não vai tomar essas porcarias (P8).

E também tem aquela coisa que se mulher toma remédio tudo bem, mas quando homem toma remédio é porque está doente (P2).

Como os dados sugerem a convicção que faz parte do papel masculino de ser viril e saudável para poder sustentar a casa, faz com que muitos desistam do tratamento, mesmo sabendo que precisam finalizá-lo. Isso pode estar relacionado ao fato do tratamento ainda ser considerado longo tratamento e com uso de medicação diária. Como apontado pela P2, a sociedade está acostumada a ver a mulher tomar um comprimido diariamente, após a reivindicação do controle da fecundidade, e não o homem. A exposição deste homem ao ser taxado como doente, incapaz de realizar as suas obrigações, possivelmente impotente, que diminui as suas relações sociais, são estigmas que talvez no ponto de vista masculino não sejam suportáveis ou reversíveis, levando ao abandono do tratamento.

As falas acima citadas sugerem que o maior problema apontado por essas mulheres o homem esconde o diagnóstico para continuar realizando as atividades que eles executa. Para elas o “não consegue se segurar” do homem pode ser explicado pela perda da função dos seus papéis culturalmente visto como masculinos. Mas se a doença é a mesma então por que as mulheres colocam como tendo o homem mais dificuldades na aceitação da perda temporária de sua função? Nas falas das participantes essa explicação parece vir das características colocadas como tipicamente masculinas que interferem nessa aceitação.

5.3.1 São homens, sempre foram assim.

Ao ser abordado o assunto da infidelidade as entrevistadas colocaram como sendo a comum em alguns homens. Como aponta Giffin (2002), esperava-se o exercício da sexualidade masculina desde cedo, não somente no meio familiar e reprodutivo, representando o homem viril e capaz, enquanto a mulher ficava restrita a reprodução de filhos legítimos.

Quando o tema colocado pelas mulheres é a infidelidade ao realizar o exame de HIV, preconizado para o tratamento da tuberculose, a usuária se coloca em uma situação de dúvida da fidelidade do marido, como ilustram as falas.

Se eu fosse homem eu seria tão safado [...] A mulher já não pode dar o troco, porque se a mulher der é vagabunda. O homem faz porque tá no papel do homem [...] Eu acho que eu ia magoar muitas mulheres, como eu fui magoada, mas homens já não pensam nisso também né, ele não tá nem aí se magoam ou não. Dai o homem é mais duro, mas seco (P1).

Por mim eu não tenho medo (exame de HIV), mas vai saber né. Homem anda com todo mundo, não é por que é casado que é fiel, eu não confio nunca. É mais fácil de pegar ainda quando é casado, por que tu confia na pessoa e não usa preservativo (P9).

Entretanto, como colado pelas participantes do estudo, os homens muitas vezes não abdicam de atividades que muitas vezes prejudicam a sua saúde e o andamento do tratamento, como ilustram as falas abaixo.

A gente até se priva de algumas coisas, mas eles eu acho que não. [...] Eu acho que pro homem é mais difícil, por que eles não vão se privar de algumas coisas pelo tratamento (P5).

Os dados sugerem o quanto o homem não abdica de suas funções sociais pelo tratamento, no ponto de vista dessas mulheres. Talvez isso seja explicado por que historicamente a mulher sempre foi muito reprimida para não ter participação social e política. Essa negação que alguns homens podem apresentar quanto a deixar de realizar as suas festas e seu convívio com as outras pessoas podem estar relacionados com esse aspecto. A respeito do assunto do abandono elas acabaram transmitindo os seus temores em serem largadas em um momento que elas estão vulneráveis ou ainda a incredulidade em acreditar que um homem possa ter escolhido ficar como ela doente.

O homem geralmente cai fora, é muito difícil um homem que se encoraja a enfrentar uma doença com um mulher [...] Nessa hora o homem se acovarda e não quer saber. É mais fácil sair fora do que enfrentar (P10).

Só eu sou portadora (HIV e Tuberculose), e mesmo assim ele quis ficar comigo e me ajudar, isso pra mim é uma prova de amor, por que só pode ser loucura. Imagina o homem querendo ficar contigo (P5).

Os diálogos apresentados pelas mulheres sugerem que o abandono do lar em uma situação de doença da mulher pode estar relacionado com a falta de familiaridade do papel de cuidador pelo homem. Ou ainda com a falta de estrutura do homem ao lidar com a doença da companheira. Entretanto o abandono por parte masculina pode ser visto como modo de repúdio da perda da função da mulher (reprodução, serviços domésticos e criação), como era vista antigamente. A fala da P5 reforça essa análise já que ela coloca como loucura um companheiro escolher ficar com ela, mesmo ela sendo portadora de HIV e tuberculose.

Já quando foi comentado sobre a limpeza da casa, quando se apontava o papel masculino nessa tarefa o que foi representado foi uma ideia genérica de que os homens não realizam essa tarefa, sendo alguns casos conforme a generalização e outros que iam de encontro com esse padrão por elas colocado.

Mas em casa o meu marido e a minha filha me ajudaram (P10).

Mas quando alguém vê que eu to cansada me ajudam, minha filha, meu filho, meu genro (P11).

O meu marido me cuidou muito [...] Ele me ajuda só quando eu preciso ou esta de bom humor (P6).

Se eles poderem eles bagunçam tudo. São homens, sempre foram assim. [...] Não ajudam e também atrapalham (P2).

Por que o meu marido não faz nada, ele trabalha e tudo, mas não faz um serviço de casa, enquanto tem um copo no armário ele vai usando. Ele só ajuda no apoio moral, mas na limpeza eu não conto com ele pra nada (P7).

Segundo Araujo e Scalon (2006), tanto os mulheres como homens concordam quanto à necessidade de maior envolvimento masculino com os filhos e a divisão de tarefas domésticas. Entretanto, a divisão de tarefas domésticas ainda não é tão aceita, ou quando aceita não é realizada na mesma intensidade, quanto a criação dos filhos. Segundo as autoras o homem brasileiro não tão tradicional e machista como é visto normalmente. Contudo os papéis igualitários e tradicionais se mesclam revelando as ambiguidades da modernização.

Por isso, destaca-se a importância de assinalar o ponto de vista feminino do homem com tuberculose. Mesmo cada sexo apresenta distintas experiências, a maior parte dessas mulheres já tinha convivido com um ente ou um conhecido com essa doença, tendo subsídios para relatar, do seu ponto de vista, as diferentes experiências.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo inicialmente apontando que não há diferenças entre vivências masculinas e femininas da tuberculose, posteriormente as distinções entre as repercussões que a doença gera em suas rotinas acabam aparecendo nos seus depoimentos.

Mesmo muitos estudos colocando a mulher em um papel inferior, principalmente quando está em tratamento para a tuberculose, as entrevistadas apontam que as características femininas facilitam o tratamento, ao contrário das características masculinas. Mesmo com o medo do abandono, a abdicação das suas atividades, o risco da transmissão para os entes querido, entre outros pontos negativos, que foram colocados, segundo elas, o modo de ser masculino dificulta o tratamento, em especial em função da necessidade de, ao aderir ao tratamento, abdicar de algumas atividades cotidianas, o que não é comum no comportamento dos homens.

A maior parte das repercussões está associada com o relacionamento familiar, o serviço de casa e o afastamento do trabalho. Ressaltar a atenção a esses aspectos durante o tratamento dessa usuárias poderia ser mais uma estratégia para manter a adesão e a autoestima dessa mulher, que muitas vezes são oprimida e subjugada.

Por fim, é possível constatar que o tratamento da tuberculose impõe mudanças na vida das mulheres sem, contudo, interferir ou romper com os tradicionais papéis de gênero (ser mãe, dona de casa, cuidadora e participante do sustento da família). Isto acaba acarretando sobrecarga de responsabilidades que podem afastá-la do tratamento e ou serem prejudiciais à sua saúde, considerando outros possíveis problemas para além da tuberculose.

Para a enfermagem os dados da pesquisa servem como apoio no papel de acolimento, ausculta do paciente, e ainda de fortalecimento do vínculo com essa usuária tem com equipe de saúde. Um relacionamento mais efetivo, que compreenda as repercussões e dificuldades que essas mulheres passam, pode ser um fator importante para aumentar a adesão dessa população.

Portanto, os dados observados no estudo poderão servir de subsídios para melhor entender as singularidades da vida de mulheres com tuberculose,

contribuindo para o atendimento dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, desta população.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. *Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação*. 10ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010. 158 p.

ARAUJO, Clara; SCALON, Celi. Gênero e a distância entre a intenção e o gesto. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 21, n. 62, Out. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092006000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jun 2012.

ARAÚJO, Maria de Fátima. Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. *Psic. Clin*, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, pp. 41 – 52, 2005.

BARBOSA, Regina Helena Simões. *Mulheres, reprodução e aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. 2001. 310 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acesso em: 09 abril. 2012.

BANCO MUNDIAL. A questão de gênero no Brasil. Relatório da Unidade de Gênero, Departamento de Política Econômica e Redução de Pobreza, Região da América Latina e Caribe. Banco Mundial; CEPIA, 2003.

BARCELLOS, Christovam; BASTOS, Francisco Inácio . Geoprocessamento, ambiente e Saúde: uma união possível? *Cad. Saúde Pública*. V. 12, n.3, p. 389-397, 1996.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2010. 281 p.

BRASIL, Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa–CONEP. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Tuberculose na atenção primária à saúde*. 1ª. Ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011a. 184 p.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília: 2011b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>>,. Acesso em: 10 nov. 2011.

_____. Ministério da saúde: Porta da saúde. Série histórica da taxa de incidência de tuberculose. Brasília, 2011c. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/incidencia_tabela2.pdf >. Acessado em: 21 nov. 2011.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION . Guidelines for Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents:

recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Disease Society of America. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. V. 58, n. RR4, p1-51 2009. Disponível em : <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5804.pdf>>. Acessado em 16 de nov. 2011.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Gênero, saúde e enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 58, n. 3, jun. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 jun. 2012.

CUNHA, Juarez et. al. Vacinas e Imunoglobulinas: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2009. p .608

DIWAN, V. K.; THORSON, A. Sex, gender and tuberculosis. *Lancet, London*, V. 353, n. 9157, p. 1000-1001, 1999. Disponível em: <<http://www.hawaii.edu/hivandaids/Sex,%20Gender,%20and%20Tuberculosis.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2011.

GANDY, M.; ZUMLA, A. The resurgence of disease: social and historical perspectives on the 'new' tuberculosis. *Soc. Sci. Med.*, v.55, p.385-396, 2002. Disponível em : <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953601001769>>. Acesso em 15 set. 2011.

GIFFIN, Karen.. Esfera de reprodução em uma visão masculina: Considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. V. 4, p 23-40, 1994.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18(suplemento), p.103-112, 2002.

GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777-787, 1999.

GOSONI, GD et al. Gender and socio-cultural determinants of delay to diagnosis of TB in Bangladesh, India and Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis*.V. 7, n 12, p. 848-55, 2008. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtd/2008/00000012/00000007/art00028>>. Acesso em 21 nov. 2011

HIJJAR, Miguel Aiub; OLIVEIRA, Maria José Procopio Ribeiro de; TEIXEIRA, Gilmário M. A tuberculose no Brasil e no mundo. *Bol. Pneumol. Sanit.* V.9, n.2, p. 9-16, 2001.

- HOLMES CB, HAUSLER H, NUNN P. A review of sex differences in the epidemiology of tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.*;V. 2, n. 2, p. 96-104, 1998. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/1998/00000002/00000002/art00002>>. Acesso em: 17 nov. 2011
- HORTA, Rogério Lessa et al . Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, Abril 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2012.
- HUDELSON, P. Gender difference in tuberculosis: the role of socio-economic and cultural factors. *Tubercle and Lung Disease*, Edinburgh. v. 77, n. 5, p. 391-400, 1996.
- LONG, NH et al. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis.* V 5, n. 7, p. :388-93, 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10331727>>. Acesso em: 12 Jun. 2012
- MARTINEZ, N. A. et al. Sex differences in the epidemiology of tuberculosis in San Francisco. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. Paris, v. 4, n. 1, pp. 26-31, 2000. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2000/00000004/00000001/art00006>. Acesso em: 20 nov. 2011.
- MEYER, DE et al. Educação, saúde, gênero e mídia: um estudo sobre HIV/AIDS: DSTs com agentes comunitários/as de saúde do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre, RS [relatório de pesquisa]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
- MINAYO, M. C. S. e SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ.* Vol 9, n.3, p. 239-262, jul/set, 1993.
- PASCHOALICK, Rosele Ciccone; LACERDA, Maria Ribeiro; CENTA, Maria de Lourdes. Gênero masculino e saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 11, n. 1, p.80-86, 6 jan. 2006. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5979/4279>. Acesso em: 12 Jun 2012.
- PEDROSO, Rosemeri Siqueira et al . Expectativas de resultados frente ao uso de álcool, maconha e tabaco. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v. 28, n. 2, Ago. 2006 .
- QUEIROZ, Raquel e NOGUEIRA, Péricles Alves. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo no distrito de saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia - São Paulo. *Saude soc.* V.19, n.3, p. 627-637, 2010.
- RUFFINO-NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. *Boletim de Pneumologia Sanitária.* V. 7, n. 1, p.7-18, 1999.

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Revista da sociedade brasileira de medicina tropical*. V. 35, n. 1, p.51-58, 2002.

SAFFIOTI, Heleieth I. B.. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo Perspec.*, São Paulo, v. 13, n. 4, Dec. 1999 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88391999000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Jun 2012.

SANTOS, Joseney. Resposta brasileira ao controle de tuberculose. *Rev. Saúde Pública*. V. 41, n. 1, p.89-94, 2007.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. V. 20, n. 2, pp 71-99, 1989.

SOUSA, M.C.P. de; ESPIRITO SANTO, A. C. G. do; MOTTA, S. K. A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 17, n. 2, jun. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 05 jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The economic impacts of tuberculosis*. 2000. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_STB_2000.5.pdf >. Acesso em 15 set. 2011.

APÊNDICE A- Roteiro para a entrevistaUNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Data: ___/___/___ Hora de início: ___:___ Hora do término: ___:___

1. Idade: _____
2. Escolaridade: _____
3. Profissão: _____
4. Estado civil: _____
5. Reside com: _____
6. Renda familiar: _____
7. Quando iniciaram os sintomas da tuberculose? Quais foram?
8. Para você, como foi coletar e aguardar o resultado do exame diagnóstico de tuberculose?
09. Como você se sente na condição de mulher portadora de tuberculose?
10. Seria diferente se você fosse homem? Qual a diferença?
11. Você contou para alguém sobre o diagnóstico da tuberculose? Quem? Como elas reagiram?
12. Após você saber do diagnóstico de tuberculose alguma coisa mudou na sua relação com namorado/companheiro/marido/filhos-filhas? O que mudou e por quê?
13. Ser mulher com tuberculose teve alguma repercussão nas suas relações com colegas de trabalho ou com a comunidade em que você vive? Quais?
14. A condição de ser mulher influencia de alguma forma o seu tratamento para tuberculose? Como?
15. Você já pensou em desistir do tratamento para tuberculose? Por quê?
16. Como ficaram as suas rotinas familiares e sociais após o diagnóstico e durante o tratamento da tuberculose?
17. Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre ser/estar com tuberculose?

Agradeço a atenção dispensada,
Tatiana Schnorr Silva

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada “Repercussões do diagnóstico da tuberculose na vida de mulheres na perspectiva de gênero”, realizada pela acadêmica Tatiana Schnorr Silva, da graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS, sendo orientada pela Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Correa Oliveira, foi aprovada pelo comitê de ética da UFRGS, e tem como objetivo analisar, na perspectiva de gênero, as repercussões do diagnóstico de tuberculose na vida de mulheres, considerando o contexto familiar e social.

Será realizada uma entrevista gravada, para posterior transcrição, com duração média de uma hora no espaço físico da Comissão de Controle de DST/AIDS/Hepatites virais e Tuberculose da Prefeitura Municipal de São Leopoldo, desde que garanta a privacidade da Usuária. Os dados coletados serão guardados por cinco anos, em um local previamente escolhido, que somente as pesquisadoras tenham acesso. Após o prazo estabelecido, as informações colhidas serão destruídas.

O conhecimento produzido pelo estudo poderá servir de subsídio para uma melhor compreensão das peculiaridades da vida de mulheres com tuberculose e, assim, contribuir para uma atuação da enfermagem de forma a abordar as necessidades de saúde desta população.

A pesquisa apresenta como risco, a possibilidade de ocasionar algum desconforto emocional. Se este for o caso e a Usuária desejar, será feito encaminhamento para atendimento psicológico no serviço de saúde em questão.

Informo-lhe que você pode se negar a responder a qualquer pergunta ou terminar a entrevista a qualquer momento, pois se trata de participação voluntária. Asseguro-lhe o anonimato e o sigilo profissional de todas as informações fornecidas, sendo essa entrevista utilizada apenas para fins de pesquisa. Por fim, esse documento será assinado em duas vias, ficando uma cópia com a entrevistada e a outra com a pesquisadora.

Caso apresentar novas dúvidas a respeito desse estudo, ou necessite esclarecer os seus direitos como participante desse estudo é possível fazer contato com as pesquisadoras: Prof. Dra. Dora Lúcida L. de Oliveira, pelo telefone

98657650; Acad. Enf. Tatiana S. Silva, pelo telefone 91547345 ou com o Comitê de Ética da UFRGS, pelo telefone 33084085.

Eu, _____, ao assinar esse documento concordo em participar dessa pesquisa.

Participante entrevistado

Tatiana S. Silva- pesquisadora

São Leopoldo, _____ de _____ de 2012.

ANEXO A- Parecer de aprovação da COMPESQ

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Dora Lucia Leidens Correa De Oliveira

Projeto Nº: 22154

Título: REPERCUSSOES DO DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSE NA VIDA DE MULHERES NA PERSPECTIVA DE GENERO

COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

Projeto de TCC: Título: claro e adequado ao objetivo do estudo. Introdução: construção da temática pertinente e atualizada. Objetivo: adequado. Método: delineamento adequado; amostra intencional adequada (11 a 13); critérios de inclusão e exclusão previstos e adequados; análise dos achados adequada; instrumento de coleta dos dados adequados. Aspectos éticos: adequados. Cronograma e orçamento: adequados. Referencias atualizadas e nas normas. TCLE adequados Comentários: os pesquisadores responderam as diligências.

Projeto aprovado e será enviado ao Comitê de Ética da UFRGS

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs

**CARTA DE APROVAÇÃO**

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 22154

Título: REPERCUSSOES DO DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSE NA VIDA DE MULHERES NA PERSPECTIVA DE GÊNERO

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

DORA LUCIA LEIDENS CORREA DE OLIVEIRA - coordenador desde 02/01/2012
TATIANA SCHNORR SILVA - pesquisador desde 02/01/2012

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 05/04/2012 - Sala 01 de reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Quarta-Feira, 18 de Abril de 2012

JOSE ARTUR BOGO CHIES
Coordenador da comissão de ética