



ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

COMPREHENSIVE CARE TO WOMEN WITH TUBERCULOSIS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

CUIDADO INTEGRAL A MULHERES COM TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ATENCIÓN INTEGRAL A MUJERES CON TUBERCULOSIS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Lenilde Duarte de Sá, Ana Rita Bizerra do Nascimento Santos², Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira³, Séfora Luana Evangelista de Andrade⁴, Jordana de Almeida Nogueira⁵, Débora César de Souza Rodrigues⁶

ABSTRACT

Objective: to analyze the actions developed by the family health team in the care to the woman with tuberculosis in a priority town of Paraíba, Brazil, under the perspective of comprehensiveness. **Methods:** this is a research with a qualitative design, carried out in a town from the metropolitan region of Joao Pessoa, Paraíba, Brazil, considered a priority one for controlling the disease in the state of Paraíba. A semi-structured interview was used with 8 professionals from 4 teams of the Family Health Strategy who were following up women with tuberculosis during the period of information collection. For analyzing the empirical material the content analysis technique was used, in its thematic modality. **Results:** the results found highlight the problem of tuberculosis in the town concerned, where the health professionals recognize the social precariousness in which the women with tuberculosis live, demonstrate to have a close look to the context in which these women live, and develop actions under the perspective of comprehensiveness and intersectoriality. **Conclusion:** the issue of gender permeates care, revealing that the professionals work under the perspective of increasing the care provision. In the interaction with the female users a bond is established. Actions promoting empowerment are not observed. Instead of them, attitudes expressing generosity are observed. **Descriptors:** tuberculosis; family health; women's health.

RESUMO

Objetivo: analisar as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família no cuidado à mulher com tuberculose em um município prioritário da Paraíba, sob a perspectiva da integralidade. **Método:** trata-se de pesquisa do tipo qualitativa, realizada em um município da região metropolitana de João Pessoa-PB, considerado prioritário para o controle da doença no estado da Paraíba. Utilizou-se a entrevista semiestruturada com 8 profissionais de 4 equipes da Estratégia Saúde da Família que estavam acompanhando mulheres com tuberculose no período da coleta de informações. Para a análise do material empírico utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, em sua modalidade temática. **Resultados:** os resultados encontrados realçam o problema da tuberculose no município em questão, onde os profissionais de saúde reconhecem a precariedade social em que vivem as mulheres com tuberculose, demonstram possuir um olhar próximo ao contexto em que vivem essas mulheres, e desenvolvem ações sob a perspectiva da integralidade e intersectorialidade. **Conclusão:** a questão de gênero perpassa o cuidado, revelando que os profissionais atuam sob a perspectiva da ampliação do cuidado. Na interação com as usuárias forma-se um vínculo. Não se observam ações que promovam *empowerment*. Em vez delas são observadas atitudes que expressam generosidade. **Descritores:** tuberculose; saúde da família; saúde da mulher.

RESUMEN

Objetivo: analizar las acciones desarrolladas por el equipo de salud de la familia en la atención a la mujer con tuberculosis en un municipio prioritario de Paraíba, Brasil, bajo la perspectiva de la integralidad. **Métodos:** esta es una investigación del tipo cualitativo, llevada a cabo en un municipio de la región metropolitana de João Pessoa, Paraíba, Brasil, considerado prioritario para el control de la enfermedad en el estado de Paraíba. Se utilizó la entrevista semi-estructurada con 8 profesionales de 4 equipos de la Estrategia de Salud de la Familia que estaban acompañando mujeres con tuberculosis en el periodo de recogida de informaciones. Para el análisis del material empírico se utilizó la técnica de análisis de contenido, en su modalidad temática. **Resultados:** los resultados encontrados realzan el problema de la tuberculosis en el municipio en cuestión, donde los profesionales de salud reconocen la precariedad social en que viven las mujeres con tuberculosis, demuestran poseer una mirada próxima al contexto en que viven esas mujeres, y desarrollan acciones bajo la perspectiva de la integridad y intersectorialidad. **Conclusión:** la cuestión de género impregna la atención, revelando que los profesionales actúan bajo la perspectiva de la ampliación de la atención. En la interacción con las usuarias se forma un vínculo. No se observan acciones que promuevan *empowerment*. En vez de ellas se observan actitudes que expresan generosidad. **Descritores:** tuberculosis; salud de la familia; salud de la mujer.

¹Enfermeira, Professora Pós-doutora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba/UFPB e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PGENF/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br; ²Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba-PGENF/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: anaritabizerra@hotmail.com; ³Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba-PGENF/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: annelissa_ufpb@hotmail.com; ⁴Graduanda em Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica (PIBIC)- Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: seforaejoab@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora doutora do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba/UFPB e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: jai_nogueira@yahoo.com.br; ⁶Enfermeira. Ex-bolsista de Iniciação Científica (PIBIC) - Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: debora_sje@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é considerada até os dias atuais um grave problema de saúde pública e o Brasil ocupa atualmente o 19º lugar entre os 22 países com a mais alta carga de TB notificada no mundo. Segundo informações do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), no período de 2006, entre os estados do nordeste, a Paraíba apresentou o quinto maior coeficiente de incidência dos casos de TB, com o número de 3.623.218 casos por 100.000 habitantes, ficando atrás da Bahia, Pernambuco, Ceará e Maranhão, os quais em extensão territorial superaram o estado em questão.^{1,2}

Dos 223 municípios que compõe o Estado da Paraíba, 11 são considerados prioritários para a operacionalização do PCT elaborado pelo Ministério da Saúde, são eles: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos, Cajazeiras, Cabedelo, Sapé, Sousa, Pombal e Guarabira.³ Pode-se observar que no período de 2007-2008 foram registrados na Paraíba 168 casos de TB em pacientes do sexo masculino e 75 casos no sexo feminino.²

Anualmente, cerca de 700.000 mulheres morrem de tuberculose, e três milhões contraem a doença e, apesar da TB ser uma doença mais comum em homens, é considerada a principal causa infecciosa de morte entre as mulheres no mundo. Como a tuberculose afeta principalmente mulheres em idade economicamente ativa e reprodutiva, o impacto da doença também é sentida pelos filhos e familiares.⁴

Atualmente, pode-se observar a inclusão do gênero na formulação de políticas sociais, portanto, agências internacionais (Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde), tanto quanto as nacionais (Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) vêm reconhecendo no processo saúde-doença as condições de iniquidade em que vivem as mulheres. A consideração da mulher sob da perspectiva de gênero, possibilita diferenciá-las dos homens não só biologicamente como também socialmente e, assim, romper com a compreensão dicotomizada dos papéis sociais, abrindo possibilidades de superar a subalternidade feminina. Pressupõe a compreensão das relações entre os sexos, diferenciando o sexo biológico do social. Enquanto o primeiro refere-se às diferenças anátomo-fisiológicas - biológicas - existentes entre os homens e as mulheres, o segundo diz respeito à maneira que estas diferenças assumem nas diferentes sociedades, no transcorrer da história.⁵

Em vista da necessidade de uma política voltada para o cuidado integral a saúde da mulher, nasceu no Brasil em 1983, o Programa de Atenção Integral a Saúde da mulher (PAISM), que apresentava como diretrizes gerais a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das doenças mais prevalentes nesse grupo. Exigia ainda, uma nova postura de trabalho em saúde e recomendava prática educativa nas quais as mulheres pudessem se apropriar de conhecimentos necessários para o controle sobre sua saúde⁶, rompendo com a visão de mulher como reprodutora de corpos para o trabalho e cuja função a ser preservada pelo setor saúde, deveria ser a reprodutivo-biológica.⁵

Nesse sentido, para o alcance do êxito no tratamento da mulher doente de TB, envolvendo o seu contexto familiar, é imprescindível que, para a construção do cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação.⁷

Nesse perspectiva de cuidado⁸, a integralidade enquanto diretriz do SUS (Sistema único de Saúde) preconiza o acesso da população ao sistema nos diversos pontos da linha do cuidado em saúde, assim como no campos da prevenção e da cura, técnico ou político. Já no âmbito da saúde coletiva, a integralidade compreende uma pluralidade de ação que não se restringe apenas à sua concepção clássica de acessibilidade. Considerando que um atendimento integral vai além da formulação de um planejamento terapêutico, mas contempla também a regulação das políticas públicas do setor, a reorientação das relações entre o Estado e a Sociedade e o olhar para o sujeito-usuário dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano.

No Brasil, as ações de controle da TB são realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que, sob a concepção de Atenção Primária à Saúde (APS), tem a responsabilidade sobre o cuidado ao doente de TB e sua família.⁹

Tendo em vista que a TB é uma doença crônica que exige terapêutica prolongada, causando modificações importantes no

cotidiano das pessoas acometidas; que em se tratando de mulheres essa doença se agrava, e, reconhecendo que o cuidado a mulheres doentes de TB deve ser integral, questiona-se: O que se evidencia na relação dada entre os profissionais que atuam em equipes da ESF e o cuidado à saúde da mulher com TB, na perspectiva da integralidade?

Para o alcance de respostas a essa pergunta buscou-se analisar as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família no cuidado à mulher com TB em um município prioritário da Paraíba, na perspectiva da integralidade.

MÉTODO

Este estudo foi conduzido pela pesquisa qualitativa no campo analítico da análise de conteúdo.¹⁰ A análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.¹¹

A pesquisa foi realizada em um município da região metropolitana de João Pessoa (PB), considerado prioritário para o controle da TB no estado da Paraíba. O referido município se caracteriza por ser zona portuária e nele é visível uma rede de prostituição.

Para a melhor definição do objeto de investigação, foi realizada a revisão de literatura sobre a TB e a sua relação com a questão de gênero, bem como o reconhecimento do cenário de unidades da ESF com mulheres em tratamento de TB, no qual seria feita a investigação.

Das 19 (dezenove) unidades da ESF existentes no município, foram identificadas 04 (quatro) cujos profissionais acompanhavam o tratamento de mulheres com TB. Uma vez identificadas as referidas unidades, foram definidos os critérios de inclusão dos sujeitos. Nesses os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde (ACS), eram os profissionais mais diretamente envolvidos no monitoramento terapêutico. Dessa forma como critério de inclusão foi considerado que os participantes da pesquisa fossem enfermeiros e ACS's com atuação em unidades de cujas microáreas residissem mulheres em tratamento para TB. Com base nesse critério foram selecionadas oito profissionais para participarem do estudo, sendo 7 (sete) mulheres e 1 (um) homem.

Para produção do material empírico utilizou-se a entrevista semi-estruturada baseada em um roteiro contendo oito perguntas subjetivas.

O roteiro é um instrumento que orienta a conversa com finalidade, que facilitar a abertura, ampliando e aprofundando a comunicação.¹⁰ As entrevistas foram gravadas no período de agosto a outubro de 2009 e foram transcritas na íntegra no mês de novembro de 2009. Os participantes foram decodificados com letras do alfabeto e números arábicos de forma a garantir seu anonimato e atender às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos. Com relação ao projeto que originou o estudo, este foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba - CEP/HULW com nº de protocolo 171/09.

Na análise do material empírico foi usada a Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática.¹¹ Dentre as técnicas de Análise de Conteúdo, uma das que melhor se adapta à investigação qualitativa no campo da Saúde é a Análise Temática, baseada na noção de tema.¹⁰ Tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.¹¹ Ressalta-se que a análise temática desdobra-se operacionalmente em uma sequência composta por três etapas básicas que permitem organizar e melhor explorar os dados provenientes das entrevistas.¹⁰⁻¹¹ O percurso analítico se fez pela sequência descrita a seguir.

Na fase de pré-análise e constituição do *corpus* foram selecionadas as 08 entrevistas realizadas com os enfermeiros e ACS entrevistados. Passando para as etapas de exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, todo o conteúdo das gravações foi ouvido e em seguida foram realizadas as transcrições das gravações. Para a garantia da qualidade do material empírico, as entrevistas foram novamente ouvidas de modo a fazer correções e ajustes. Uma vez transcritas, no processo, com relação aos conteúdos, foram observadas a exaustividade, homogeneidade, representatividade e pertinência.

Passou-se para as fases da leitura nas modalidades leituras flutuante, longitudinal e transversa. A primeira foi feita individualmente por 01(uma) pesquisadora; a segunda foi feita por 03 (três) integrantes da equipe de pesquisadores a qual foi seguida da discussão conduzida por eles sobre a coerência e a pertinência dos conteúdos. Na leitura transversa se deu início de codificação com base nas unidades de registro e formulação de pré-hipóteses e codificação.

Para o alcance do objetivo proposto, pela análise prévia das falas obtidas nas entrevistas com os enfermeiros e ACS que atuavam no cuidado ao doente nas USF, foram destacadas as unidades de registro. Por sua vez, as unidades de registro conformaram os seguintes núcleos de sentido: *Vínculo e co-responsabilização no cuidado à mulher com TB e Mulheres e TB: cuidando na perspectiva da integralidade*. Em seguida, procurou-se articular entre as falas conteúdos convergentes e divergentes e que se repetiam, recortando os extratos das falas, em cada um dos núcleos de sentido identificados. Esta conformação permitiu eleger a unidade temática central, para a qual convergem as falas: *Cuidando de mulheres com TB: ações desenvolvidas por equipes da Estratégia Saúde da Família*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Vínculo e co-responsabilização no cuidado à mulher com TB

O TDO (Tratamento Diretamente Observado) possibilita a participação do doente de TB como sujeito do processo terapêutico, fato que promove a construção de vínculos entre doentes e profissionais de saúde por meio do estabelecimento de uma relação de confiança, afinidade, responsabilidade e compromissos mútuos.¹² O vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.¹³

Tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro, implica, além do estabelecimento de vínculo, em questões de identidade, pois se perguntar acerca de por que, como e quanto se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro. Essa reconstrução contínua de identidades no e pelo Cuidado, tanto do ponto de vista existencial como do ponto de vista das práticas de saúde, é outro aspecto a que se deve estar atento quando se trata de humanizar a atenção à saúde.⁷ Nos relatos dos profissionais a seguir pode ser observado o vínculo entre os profissionais de saúde e os doentes de TB, como também a co-responsabilização da equipe pela saúde das pessoas que vivem na área de abrangência das equipes da ESF.

O outro [usuário] era drogado, só Jesus pra ter mesmo a misericórdia! Mas à insistência da gente [a equipe de saúde] foi tão grande, pra ele fazer o tratamento que ele caiu na realidade, viu que era pra melhora dele, pro bem dele (A3).

A gente pega tanta amizade, que quando eles [os pacientes] não querem terminar o

tratamento a gente sofre por isso, você se envolve com o paciente. Aí eu sofria também (A2).

Faz quinze dias que ela está sem a medicação e a gente procurando ela, psicóloga, pessoal do CAPS AD, todo mundo está envolvido e preocupado (A4).

Com relação a co-responsabilização na assistência, para assegurar a adesão da doente de tuberculose ao tratamento, os profissionais da ESF devem estar sensibilizados para conhecer as necessidades dos usuários, assim como também, é de capital importância escutar as queixas da doente, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e usuário), estabelecendo uma relação pautada no acolhimento e no vínculo, princípios fundamentais da ESF.¹⁴

Concebe-se o acolhimento como a capacidade de ausculta e diálogo, e como dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde. O acolhimento, então é recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas, nos seus meios e finalidades.⁷ No relato do colaborador a seguir, pode-se observar que a necessidade social obstaculiza o processo de ser cuidada:

Teve uma vez, que marcaram um exame pra ela fazer, mas ela não tinha condições de ir pra C., eu quem ajudei no transporte pra ela ir fazer e não perder o exame dela (A1).

A Constituição Federal de 1988 (CF88) estabeleceu, no plano da proteção social, a expansão de uma série de direitos, com destaque para a proposta de Seguridade Social e o reconhecimento da saúde como direito social de cidadania e dever do Estado, cujos objetivos precípuos são o bem-estar e a justiça sociais. Na saúde, ainda que tenha havido avanços importantes o percurso da política expressou com vigor as tensões entre o projeto da reforma sanitária e a agenda hegemônica de reforma do Estado. Sendo de inspiração neoliberal, a agenda se mostrou adversa à expansão da atuação do Estado e impôs restrições ao exercício de suas responsabilidades na garantia da saúde como direito de cidadania. Em última instância, as limitações se traduziram em violações ao direito e na manutenção de graves desigualdades em saúde, suscitando questionamentos em relação à possibilidade de concretização de um sistema de saúde orientado pelas diretrizes de universalidade e integralidade no Brasil.¹⁵

Portanto, na fala de A1 pode-se observar a ausência de estado na garantia da condição de

cidadania, uma vez que a realização do exame foi custeado pelo profissional de saúde. Essa forma de co-responsabilização no tratamento, onde se revela atitude assistencialista, mais próxima, portanto da generosidade. Essa virtude, na falta de amor, nos convida a dar exatamente aos que não amamos, tanto mais por necessitarem mais ou por estarmos mais bem situados para ajudá-los, o que tende a formação de vínculo de amizade.¹⁶

• Mulheres e TB: cuidando na perspectiva da integralidade

O cuidado diferenciado oferecido às mulheres com TB pode ser definido pelo termo integralidade que tem sido usado para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁷ Entende-se a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.¹⁸ Essa perspectiva da integralidade pode ser observada nos depoimento a seguir:

Então não é só chegar dar o remédio e pronto! Tem muita coisa ao redor de saúde da família a gente ver a família e a parte social (E4).

A fala do profissional E4 revela integralidade uma vez que aponta um cuidado prestado para além da medicação e do adoecimento, voltando as ações para as necessidades biopsicosociais da mulher adoecida por TB. Na perspectiva do enfoque familiar, essa dimensão da APS considera o indivíduo em seu ambiente cotidiano, onde a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados.¹³

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional e hierarquizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional. Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, é preciso exercitar o trabalho em equipe, estabelecer estratégias de aprendizado que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuam para as ações de promoção de saúde nos planos individual e coletivo.¹⁸

Os depoimentos a seguir mostram exemplos de equipes multiprofissionais que prestam assistência na perspectiva da integralidade à saúde da mulher com TB:

Tendo o cuidado das Agentes de saúde, que elas têm realmente a preocupação de ir até a casa, de entregar a medicação, de ver realmente se ele está tomando a medicação, não é aquele cuidado que é a gente [a equipe] aqui e ele [o usuário] lá, a gente vai atrás mesmo (E1).

Então a gente [a equipe] trabalha buscando conscientizar as mulheres no cuidado, na prevenção da saúde e na promoção da saúde (E3).

Nas falas dos colaboradores E1 e E3 é possível observar as ações em consonância com o princípio da integralidade na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que os profissionais levam em consideração as necessidades de pessoas ou de grupo de pessoas, no caso mulheres adoecidas por TB, articulando ações educacionais, preventivas e de promoção da saúde, em todos os níveis de complexidade.

E quando precisa de um tratamento mais especializado, a gente procura a Secretaria de Saúde, é tanto que ela precisa do CAPS AD e a gente foi em busca disso. Eles vem até a Unidade e faz o tratamento com ela lá (E4).

Ainda reforçando o conceito de integralidade, as falas a seguir trazem evidências de uma assistência prestada por equipes multiprofissionais:

Na Unidade ela recebe a atenção de cinco profissionais Agente de saúde, da enfermeira, da assistente social, da médica e da nutricionista, esta última para que possa fazer uma avaliação na alimentação dela, entendeu? (A3).

Essa paciente que eu tenho na minha Unidade, no momento ela vai à Unidade tomar a medicação. Então duas vezes por semana ela vai à Unidade por outros problemas e faz atendimento comigo, com a psicóloga, com a médica e com a nutricionista. Ela está precisando de todos esses profissionais e tem sido atendida por todos (E4).

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial.¹⁹

No relato dos profissionais se observam os esforços da equipe e a articulação com outros níveis da atenção na tentativa de prestar um

cuidado integral, de atender as necessidades de saúde da doente de TB:

Quando elas [as usuárias] estão necessitando de alguma coisa, que a equipe não pode oferecer, nós procuramos a Secretaria de Saúde, os gestores responsáveis, pra poder ajudar aquela paciente e as necessidades dela (A2).

Quando aqui não consegue resolver? É encaminhada para outro setor, para Secretaria de Saúde ou hospital, a enfermeira comunica os Apoiadores pra eles conseguirem o que ela [a doente de TB] está precisando (A1).

[Quando é preciso] a gente [a equipe] referencia tanto para a Unidade da policlínica, como pra o hospital (E3).

A execução do princípio da integralidade implica em adotar o cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental⁷, e por conseguinte, não exclui nenhuma das possibilidades de desenvolver a integralidade enquanto princípio do SUS, no que tange a promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar pessoas, e garantir acesso em todos os níveis de complexidade.

Portanto, adotar a equidade de gênero como um conceito ético associado aos princípios de justiça social e de direitos humanos, não implica em desmerecer ou desvestir de direitos os homens para privilegiar as mulheres. Com os pés calcados na realidade do que as mulheres representam na atualidade, em termos de *lôcus* de exercício de cidadania e de produção e reprodução social, mais que na idealização inatingível da felicidade individual e coletiva, descontextualizada e histórica, cidadãs-trabalhadoras devem ser atendidas de acordo com as necessidades do seu perfil de saúde-doença, compreendidas à luz da sua condição de gênero, situação de classe, perfil de geração e outros recortes analíticos.⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos mostram que as equipes da ESF consideram a questão de gênero articulado ao cuidado voltado para as necessidades sociais em que se encontram as mulheres adoecidas por TB. Uma vez que essa é uma doença associada a fortes componentes sociais e econômicos, enfermeiros e ACS apontam evidências das precárias condições que as usuárias se encontram e que constituem obstáculos ao êxito terapêutico.

Sendo a maior parcela dos profissionais mulheres - enfermeiros e ACS - pode-se destacar um movimento reflexivo de reconstrução de identidades

(profissional/usuária) mais facilmente estabelecido, a apreensão do outro e de suas necessidades, pelo encontro de alteridades.

No que concerne às ações dos trabalhadores na oferta do cuidado a essas mulheres, os profissionais mostram iniciativa de ampliação do cuidado, demonstram que na interação com as usuárias há formação de vínculo. Não se observa movimento que empodere as usuárias pelo direito integral à saúde. No entanto, expressam atitudes reveladoras de generosidade. Apontam que buscam soluções na perspectiva da intersetorialidade, além de desenvolverem ações que ultrapassam aquelas prescritas pelos impressos institucionais para o controle da doença.

REFERÊNCIAS

1. Kritski AL. Emergência de tuberculose resistente: renovado desafio. J Bras Pneumol. 2010;36(2):157-8.
2. Datasus. Ministério da Saúde. [online]. 2007. [acesso em: 2011 Jun 30]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>
3. Lima DS. Situação da Tuberculose na Paraíba. Seminário das ações do controle da tuberculose. Núcleo de Doenças Endêmicas - Secretaria de Estado de Saúde. 2010 mar-abr.
4. World Health Organization (WHO). Tuberculosis and gender. WHO 2010 [acesso em 2011 Jul 07 de]. Disponível em: <http://www.who.int/tb/challenges/gender/en/index.html>
5. Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev Esc Enferm USP. 2005 maio;39(4):450-9.
6. Osís MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad saúde pública. 1998;14 Supl 1:25-32.
7. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc. 2004 set;13(3):16-29.
8. Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Sousa J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. Rev eletrônica enferm [periódico na Internet] 2007 set-dez [acesso em: 2011 jul 10];9(3):835-846. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>.
9. Sá LD, Oliveira AAV, Souza KMJ, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. Rev enferm UFPE on line [periódico na Internet]. 2010 jul-set [acesso em: 2011 jun 10];4(3):178-86. Disponível em:

http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1216/pdf_150

10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco;2004.
11. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5ª ed. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, tradutor. Lisboa: Edições 70; 2009.
12. Arcêncio RA. A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários no estado de São Paulo [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
13. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
14. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha FP, Nogueira JA, Villa CST. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. Texto & contexto enferm. 2007;16(4):712-18.
15. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. Ciênc saúde coletiva. 2009;14(3):829-39.
16. Comte-Sponville A. Pequeno Tratado das Grandes Virtudes. Eduardo Brandão, tradutor. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
17. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad saúde pública. 2004;20(5):1411-6.
18. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. Ciênc saúde coletiva. 2007;12(2):335-342.
19. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface comun saúde educ. 2005;9(16):39-52.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/08/08

Last received: 2011/10/31

Accepted: 2011/11/01

Publishing: 2011/12/01

Address for correspondence

Ana Rita Bizerra do Nascimento Santos
Rua Antônio Miguel Duarte, 50, Ap. 302- Bl. F
Bairro Bancários
CEP: 58051-125 – João Pessoa (PB), Brazil