



## **O papel da família no tratamento dos idosos acometidos com a tuberculose na Unidade Basica de Saúde - PA Alfredo Campos – AM<sup>1</sup>**

*Albanice Ribeiro de Araújo  
Eliana M<sup>a</sup> Montenegro Monteiro*

**Resumo:** A tuberculose é uma doença grave e que já matou milhares de pessoas ao longo dos séculos. Apesar dos avanços da medicina na descoberta da cura, a tuberculose continua sendo um problema de saúde pública com prioridade nacional. O artigo se propôs abordar a situação dos idosos acometidos pela tuberculose, assim como, identificou a importância da participação da família na recuperação e acompanhamento do tratamento dos idosos do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) na UBS - PA Alfredo Campos, Zona Leste de Manaus. Para a coleta de dados utilizamos a técnica de entrevista semi estruturada, in loco, com a participação de quatro idosos na faixa etária de 60 a 80 anos e suas respectivas famílias, que representam 4% dos casos de tuberculose notificados no decorrer deste ano de 2009. As entrevistas demonstraram que a tuberculose sendo uma patologia grave, principalmente para os idosos que têm a saúde mais frágil, não é temida pelos doentes, e os familiares desconhecem os riscos de contrair a doença e o perigo que representa, gerando abandono, o que demonstra a necessidade e importância da família participar diretamente do tratamento. Esperamos que este artigo contribua para maior efetivação e desempenho do PCT na referida Unidade de Saúde.

**Palavras- chave:** idoso, tuberculose, saúde pública e família.

### **Introdução**

O crescimento da população idosa e a maior longevidade estão impondo novas e diversificadas demandas de saúde. A situação torna-se mais desafiadora e preocupante quando sabemos da precariedade dos serviços de saúde e da falta de organização da rede de assistência aos idosos da fragilidade de políticas voltadas para esta faixa etária.

O aumento de idosos nas famílias brasileiras é algo desafiador para as políticas públicas, pois de nada adiantará a implementação de programas voltados para esses idosos se estes não estiverem motivados pelo prazer de viver, de desempenhar um papel na sociedade para proporcionar um sentido à vida.

---

<sup>1</sup> Artigo Monográfico apresentado à Faculdade Salesiana Dom Bosco, como requisito para obtenção do grau de Pós-Graduação. Orientadora: Prof<sup>a</sup> MSC Eliana Maria M. Monteiro. Manaus – AM 2010.



A velhice não é um problema e sim um desafio pessoal e coletivo (Oliveira, 2008). Para os idosos as doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento, e o uso de serviços preventivos, eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos de vida saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável.

O Ministério da Saúde (1999) define a tuberculose como prioridade, entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo diretrizes para as ações e fixando meta para o alcance de seus objetivos. Conforme se observa, apesar do grande esforço no combate a proliferação do bacilo de Koch da tuberculose, através do lançamento de drogas eficientes no tratamento, esta doença continua crescendo em grande escala no Estado do Amazonas, contribuindo para um grave problema de saúde pública.

Esta é a perspectiva deste artigo, com objetivo de abordar a situação dos idosos acometidos pela tuberculose, e identificar a importância da participação da família no acompanhamento do tratamento dos mesmos. Através de visitas domiciliares foram entrevistados 04 idosos entre 60 a 80 anos e suas respectivas famílias, com a proposta de somar conhecimentos e avaliar fatores que irão contribuir para melhor tratamento e cura destes.

Este tema não pode ser visto superficialmente, já que a saúde é um direito de todos e dever do Estado enquanto acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Art.196 CF).

### **A velhice no Brasil**

Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população têm diversas dimensões e dificuldades, mas nada é mais justo do que garantir ao idoso a sua integração na comunidade. O envelhecimento da população influencia o consumo, a transferência de capital e propriedades, impostos, pensões, o mercado de trabalho, a saúde e assistência médica, a composição e organização da família. É um processo normal, inevitável e irreversível, e não uma doença, portanto, não deve ser tratado apenas com soluções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais.

A política pública de atenção ao idoso se relaciona com o desenvolvimento sócio-econômico e cultural, bem como com a ação reivindicatória dos movimentos sociais. Um marco importante dessa trajetória foi a introdução, na Constituição Federal de 1988, de disposições a respeito do conceito de Seguridade Social fazendo com que a rede de proteção social alterasse o seu enfoque estritamente assistencialista, passando a ter uma conotação ampliada de cidadania.

A partir daí a legislação brasileira procurou se adequar a tal orientação, embora ainda faltem algumas medidas. A Política Nacional do Idoso, estabelecida em



1994 (Lei 8.842), criou normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Essa lei foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria e várias entidades representativas desse segmento, que elaboraram um documento que se transformou no texto base da lei.

Entretanto, essa legislação não tem sido eficientemente aplicada, e isto se deve a vários fatores, que vão desde contradições dos próprios textos legais até o desconhecimento de seu conteúdo.

Na análise de muitos juristas, a dificuldade de funcionamento efetivo daquilo que está disposto na legislação está ligada à tradição centralizadora e segmentadora das políticas públicas no Brasil, que provoca a superposição desarticulada de programas e projetos voltados para um mesmo público.

A área de amparo à terceira idade é um dos exemplos que mais chama atenção para a necessidade de uma "intersectorialidade" na ação pública, pois os idosos muitas vezes são "vítimas" de projetos implantados sem qualquer articulação pelos órgãos de educação, de assistência social e de saúde.

De acordo com membros do Ministério Público, algumas deficiências da Política Nacional do Idoso, são: a falta de especificação da lei que contribua para criminalizar a discriminação, o preconceito, o desprezo e a injúria em relação ao idoso, assim como para publicidades preconceituosas e outras condutas ofensivas; dificuldades em tipificar o abandono do idoso, em hospitais, clínicas, asilos e outras entidades assistenciais para a punição de parentes das vítimas; falta de regulamentação criteriosa sobre o funcionamento de asilos, sendo preciso que a lei especifique o que devem essas entidades disponibilizar para a clientela, quem deverá fiscalizá-las, e qual a punição para os infratores.

O Estatuto do Idoso, Lei Federal nº 10.741, sancionada em 1º de outubro de 2003, define medidas de proteção às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. O texto, que contém 118 artigos, regulamenta os direitos do idoso, determina obrigações das entidades assistenciais e estabelece penalidades para uma série de situações de desrespeito a terceira idade. Dentre esses direitos o artigo 3º afirma que:

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar a pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.



Observa-se que o Ministério da Saúde e as secretárias estadual e municipal de saúde realizam um trabalho de controle em todo o Brasil, dos diversos casos de tuberculose e principalmente da tuberculose pulmonar, porém, são notórias as falhas nesse controle, sendo que o Estado do Amazonas está em segundo lugar de casos de tuberculose (Manual de Baciloscopia direta no escarro para M. Tuberculosis, 2005).

Dentre as políticas setoriais no Brasil, a saúde ganha destaque pela sua acentuada politização e forte presença de grupos de pessoas que fazem pressão sob as instituições competentes em busca de seus direitos.

Contudo, o que se vivencia hoje no setor saúde é o aprofundamento das desigualdades sociais, devido ao processo de construção democrático, em um contexto de invisibilidade social da desvalorização das políticas públicas, e ineficácia dos programas implantados.

O grande dilema é: - de que maneira podem-se cumprir os preceitos constitucionais da saúde como direito de todos e dever do Estado, tendo em vista que, enfrenta-se a lógica de financiamento dos serviços de saúde prestados pelo setor e a escassez crônica e crescente dos recursos a eles destinados.

### **Tuberculose como patologia**

Segundo o Manual de Baciloscopia direta no escarro para M. Tuberculosis, em Manaus é cada vez maior o número de casos de tuberculose, principalmente nas áreas periféricas. Dos pacientes infectados cerca de 80 a 90% só manifestam a doença num estágio bem avançado, o que compromete a proliferação do bacilo. Considera-se que a doença pode acometer qualquer pessoa de todos os níveis sociais, como também os idosos porque estes, conforme suas patologias, já têm suas fragilidades. Nesse sentido, se torna necessário à participação da família para apoio e acompanhamento do idoso nessa fase de tratamento. A falta de informação e o descuido são os meios que mais contribuem na cadeia de transmissão da doença. É evidente que as pessoas mal alimentadas têm a imunidade comprometida, e maior facilidade de desenvolver a doença (Souza, 2004).

A tuberculose é uma das enfermidades mais antigas e conhecidas no mundo, mas não é uma doença do passado como todos pensam. Está em estado de emergência decretado pela Organização Mundial da Saúde, como enfermidade re-emergente, desde 1993, sendo considerada a principal razão a pobreza e a desigualdade social crescente (Cohn, 1999).

Um terço da população mundial está infectada pelo *mycobacterium tuberculosis* e, por ano, ocorrem 8,5 mil casos e 3 milhões de morte causada pela doença.



Anualmente notifica-se no Brasil perto de 100 mil casos de tuberculose sendo que, destes, 85 mil são casos novos, e morrem cerca de seis mil pacientes no País (Controle da Tuberculose, 2002). Os principais fatores que contribuem para a manutenção e agravamento do problema são a persistência da pobreza em nossa sociedade e a ocorrência da Aids nos grandes centros; o aumento da ocorrência da resistência medicamentosa e da Multidroga-resistência (MDR) e, principalmente, o abandono do tratamento.

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Micobacterium Tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BK), que se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose (TB) pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando estas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença (Manual Técnico para o Controle da Tuberculose, 2002). Na antiguidade, a doença era endêmica, conhecida pelos egípcios, gregos, árabes e entre os povos do oriente. Permaneceu como uma doença sem importância durante o feudalismo, até sua explosão como a “grande peste branca”, da urbanização capitalista do século passado, e disseminou-se pelo mundo todo com o colonialismo e a expansão comercial (Souza, 2004).

O bacilo causador da doença foi descrito em 24 de março de 1882 por Robert Koch, que recebeu em 1905 o Prêmio Nobel de Medicina por sua descoberta. Ele não acreditava que as tuberculososes bovina e humana fossem similares, o que impediu o reconhecimento do leite infectado como fonte da doença. Mais tarde, esta fonte foi eliminada graças à pasteurização (Secretária de Estado de Saúde do Rio de Janeiro).

O primeiro sucesso genuíno de vacinação contra a Tuberculose foi desenvolvido a partir de linhagens atenuadas da Tuberculose bovina - criada por Albert Calmette e Camille Guérin em 1906 - era a vacina BCG (Bacilo de Calmette e Guérin). Ela foi usada pela primeira vez em humanos em 18 de julho de 1921 na França (Tratado de Medicina Interna, 2005).

A tuberculose causou enorme preocupação pública no século XIX e no início do século XX, como a doença endêmica entre as classes pobres. Na Inglaterra em 1815, uma entre quatro mortes eram devido à “tísica pulmonar”; por volta de 1918, uma entre seis mortes na França, era causada pela tuberculose (Gonçalves, 2002). No século XIX e XX a tuberculose foi causa de polêmica e preocupação nos países como a Inglaterra e França, sendo considerada a doença endêmica das classes pobres, isso porque não bastava conhecer o agente causador da tuberculose, e era necessária uma estrutura física, econômica e social para combatê-la. Como não existia um medicamento específico para a cura as terapias climáticas e o repouso absoluto eram os recursos mais utilizados.



Nesse sentido entre as classes pobres as más condições de moradia, a alimentação precária e o local inadequado de trabalho contribuíram para a exposição ao bacilo de Koch e o crescente adoecimento da população. Dessa forma os menos favorecidos economicamente tinham mais chances de contrair a enfermidade e disseminá-la, causando assim uma epidemia populacional.

Em 1880, após ter ficado claro que a doença era contagiosa, a tuberculose se tornou uma doença de notificação obrigatória na Grã Bretanha, e foram realizadas campanhas para que não se escarrasse em locais públicos, e pessoas infectadas eram encaminhadas para sanatórios.

Dados de 1908 indicavam que apesar do ar fresco e do trabalho realizados nos sanatórios, 75% dos pacientes morriam num prazo de cinco anos. (Gonçalves, 2002).

Na Europa, as mortes por Tuberculose caíram de 500 por 100.000 pessoas em 1850, para 50 em 100.000 por volta de 1950. Melhorias na saúde pública já vinham reduzindo a incidência de Tuberculose mesmo antes do surgimento dos antibióticos. Somente após 1946, com a descoberta do antibiótico “estreptomina” é que o tratamento tornou-se possível e mais eficaz, antes disso os tratamentos eram: as intervenções cirúrgicas, incluindo a técnica do pneumotórax, e a estadia nos sanatórios (Tratado de Medicina Interna, 2005).

As estimativas de que a doença pudesse ser completamente eliminada foram frustradas desde o surgimento de cepas de bacilos resistentes aos antibióticos nos anos 80. Por exemplo, os casos de Tuberculose no Reino Unido, por volta de 50.000 em 1955, caíram para cerca de 5.500 em 1987, mas em 2001 havia mais de 7.000 casos confirmados (Tratado de Medicina Interna, 2005).

Segundo Cláudio Bertolli Filho (2001), no Brasil foi criada em 1892 uma sofisticada organização de prevenção e combate às enfermidades, isso graças à rica oligarquia local que decidiu destinar grandes verbas para a área da saúde pública. Essa organização contava com funcionários qualificados e equipamentos especializados. O serviço sanitário fiscalizava ruas, casas, fábricas, estábulos, hospitais, bares e cemitérios. Tornou-se obrigatório à notificação oficial dos casos de doenças infecto-contagiosa em pessoas residentes ou em tramite pelo país.

Devido à eliminação de instalações de tratamento públicas em Nova Iorque, nos anos 70, houve um ressurgimento da doença nos anos 80. Como o número de pessoas que interrompem o tratamento é muito alto, Nova Iorque teve que lidar com mais de 20.000 pacientes “desnecessários” com muitas cepas resistentes as drogas normalmente usadas.

O ressurgimento da tuberculose resultou na declaração de uma emergência médica global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1993.



Observa-se que a diminuição de unidades de controle de tuberculose e o grande número de pessoas que interrompem o tratamento contribuíram para que a doença reaparecesse também em Nova Iorque, onde um número significativo de infectados tornou-se resistente às drogas usadas para o tratamento da tuberculose ocasionando, conseqüentemente, sua rápida disseminação, levando a Organização Mundial de Saúde a declarar emergência médica em todo o mundo.

Nesse contexto, no Brasil a saúde encontrava-se em crise, hospitais em precário estado de funcionamento, atendimento médico de difícil acesso e morte sem socorro especializado. Resultado da insuficiente expansão dos sistemas de saneamento e da ineficácia da educação sanitária, o país foi assolado por epidemias evitáveis, como os surtos de cólera e dengue, assim como o alto índice de pessoas com tuberculose, doença de chagas e doença mental (Filho, 2001).

No Brasil a infecção pelo bacilo da tuberculose geralmente acontece na infância, ou seja, a tuberculose pulmonar primária atinge o máximo em crianças de três anos, e o mínimo no fim da infância onde a infecção não apresenta sintomas e uma vez infectado desenvolve imunidade permanente e o foco inflamatório é absorvido, sofre transformação conjuntiva e calcifica-se (Souza, 2004). O que acontece na verdade é que os bacilos estão no corpo da pessoa, mas o sistema imunológico os mantém sob controle, através da produção de células chamadas macrófagos que fagocitam os bacilos formando uma “barreira” - o granuloma - que mantém os bacilos sob controle. Por isso nem todas as pessoas expostas ao bacilo são infectadas.

Uma vez infectada, a pessoa pode desenvolver tuberculose em qualquer fase da vida, e isto acontece quando o sistema imune não pode mais manter os bacilos “sob controle” e eles se multiplicam rapidamente (Souza, 2004).

Se o sistema imunológico não mantiver os bacilos sob controle, devido a outras infecções ou doenças que debilizem o organismo, a pessoa fica exposta a desenvolver a tuberculose das variadas formas.

A propagação da Tuberculose está intimamente ligada às condições de vida da população e prolifera, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana como, por exemplo, saneamento básico e habitação, onde coexistem a fome e a miséria.

A incidência é maior nas periferias das grandes cidades, podendo, porém, acometer qualquer pessoa mesmo em áreas rurais (Manual Técnico para o Controle da Tuberculose). Na verdade, a preocupação com os aspectos sociais da doença tem sido uma constante, porém o que se observa é que há certa



limitação nos estudos dos processos sociais e processo saúde-doença - conhece-se o problema, porém pouco se faz para solucioná-lo, enquanto isso pessoas vivem em situação de completo abandono contribuindo assim para sua maior proliferação.

Conforme o Art.196 da Constituição Federal:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Diante desta argumentação o que se observa é uma realidade totalmente inversa, onde os direitos universais igualitários ficam apenas no papel, pois, vivemos em uma sociedade onde a concepção de Estado é “mínima”, e de política pública restritiva de direitos; em que se deu a precarização do trabalho e a renovação de quadros técnicos, criando enorme defasagem de profissionais qualificados; com um enorme contingente de pessoal na condição de prestadores de serviços, sem estabilidade de emprego, sem direitos trabalhistas e sem possibilidade de continuidade das atividades.

Esta é uma realidade geral encontrada em nível nacional, estadual e municipal, resultando em um alto índice de desigualdade e exclusão social, com grande concentração de renda na mão de poucos, e muitos vivendo em situação de absoluta miséria.

Para Marx, a cidadania era um modo de alienação burguesa centrando sua análise nas formas legal e política de participação. Nesse sentido, Marx acreditava que os direitos de cidadania ocultavam as reais fontes de “exclusão social” e que nem direitos civis, nem direitos políticos eliminavam as desigualdades econômicas e sociais.

Conforme a Política Nacional de Assistência Social de 2004, o Brasil apresenta um dos maiores índices de desigualdade do mundo, quaisquer que sejam as medidas utilizadas. Segundo o Instituto de Pesquisas aplicadas – IPEA, (2002) os 50% mais pobres detinham 14,4% do rendimento e o 1% mais ricos, 13,5% do rendimento.

A questão central a ser considerada é que esse modelo de desigualdade do país ganha expressão concreta no cotidiano das cidades cujos territórios internos (bairros, distritos, áreas censitárias ou de planejamento) tendem a apresentar condições de vida também desiguais (Política Nacional de Assistência Social, nov. 2004). Nesse contexto a dimensão injusta da sociedade pode ser claramente observada através da análise da distribuição da pobreza e das doenças nas diferentes regiões brasileiras.



As sucessivas políticas sociais implementadas pela administração federal privilegiam a população do Sudeste e do Sul, que são o pólo dinâmico e moderno da economia, em contraste o Norte e o Nordeste recebe pouca atenção do governo, deixando seus habitantes em situação de miséria. Ainda considerando as medidas de pobreza (renda per capita inferior a meio salário mínimo) e indigência (renda per capita inferior a um quarto do salário mínimo) pelo conjunto dos municípios brasileiros, é possível observar as diferenças de concentração da renda entre os mesmos, vendo a necessidade de conjugar os indicadores de renda a outros relativos às condições de vida de cada localidade (Política Nacional de Assistência Social, 2004).

No Brasil a média anual de casos está em torno de 85 mil casos notificados, em 2003, a incidência no país foi de 48,4/ 1000.000 habitantes, Rio de Janeiro e Amazonas são os estados com maior taxas de incidência (Informe Epidemiológico, nº 2 /2005). Nesta perspectiva pondera-se o município de Manaus, onde se observa que o aumento das áreas de ocupação é considerável, e construída sem nenhuma forma de infra-estrutura e saneamento básico, contribuindo, assim, para maior proliferação da tuberculose. Manaus concentra cerca de 70% dos casos de tuberculose de todo o estado, apesar de sede de capital de um Estado de um país em desenvolvimento, com todas as mazelas socioeconômicas que favorecem a permanência da tuberculose, municípios do interior apresentam indicadores epidemiológicos maiores que os de Manaus. Um dos fatores prováveis da maior concentração de casos de tuberculose em Manaus é a migração do interior em busca de melhor assistência (Informe Epidemiológico nº 2/2005).

### **Análise dos resultados**

A pesquisa foi realizada na UBS – PA Alfredo Campos, localizada à Av. Alameda Cosme Ferreira, s / nº, bairro Zumbi II, Zona Leste de Manaus, e inaugurada em 04 de Março de 1994. O nome é em homenagem ao médico ginecologista e obstetra Dr. Alfredo Campos. Criada com o objetivo de atender a demanda das necessidades da população da Zona Leste, visando prestar em tempo integral o atendimento de urgência, diminuir e amenizar as dificuldades enfrentadas por esta comunidade, e garantir uma assistência de qualidade e resolutividade.

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) implantado na unidade em março de 2004 dispõe de uma equipe interdisciplinar que atua na atenção básica deste programa. Em média por ano quarenta pacientes com tuberculose são notificados e tratados, desses usuários mais de 5% abandonam o tratamento (PCT Alfredo Campos, 2009).

*Tabela 1 – Amostra de Novos Casos de Tuberculose de Todas as Formas, por Faixa Etária, nos anos de 2001 até setembro de 2009 (Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN / Secretária Municipal de Saúde – SEMSA, 2009)*

Fx Etaria (13)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Menor 1 ano	3	3	12	10	13	8	4	11	3	67
1 a 4 anos	28	31	33	26	11	24	19	20	12	204
5 a 9 anos	19	23	21	25	21	25	14	9	11	168
10 a 14 anos	44	36	43	36	27	25	23	29	19	282
15 a 19 anos	196	137	129	125	128	128	111	164	88	1206
20 a 29 anos	452	410	406	430	419	400	421	446	268	3652
30 a 39 anos	293	298	287	304	306	342	318	328	233	2709
40 a 49 anos	223	239	217	216	236	200	227	274	187	2019
50 a 59 anos	146	118	110	154	137	157	173	165	124	1284
60 a 69 anos	116	87	101	95	76	98	110	99	74	856
70 a 79 anos	61	41	35	59	43	48	44	54	40	425
80 anos e mais	23	16	11	22	14	27	20	16	12	161
Total	1604	1439	1405	1502	1431	1482	1484	1615	1071	13033

Fonte: SINAN/SEMSA (dados de 2009 até setembro)

Conforme a tabela 1, na distribuição por faixa etária de casos novos de tuberculose, em Manaus nos anos de 2001 a 2009, observa-se que a incidência maior é na faixa etária de 15 a 59 anos, confirmando a literatura de que o indivíduo na idade produtiva tem mais predisposição a desenvolver a doença; em segundo lugar estão os idosos de 60 a 79 anos, em taxa maior que os de 80 anos. Apesar da maior incidência de casos de tuberculose ser na idade produtiva, esse é um fato que causa preocupação, pois o Brasil foi o primeiro país a implantar o Esquema de Tratamento de Curta Duração (seis meses), Auto Administrado (paciente leva medicação para tomar em casa). No Brasil, atualmente, o percentual de cura da tuberculose não ultrapassa 75% dos casos tratados, embora tenha sido o primeiro país a implantar o esquema de curta duração o que seria seis meses de tratamento (1980), obtendo relativo sucesso inicial. O percentual insatisfatório de cura decorre, sobretudo, do “abandono do tratamento” que, logo no início, confere ao paciente uma melhora notável (Barjas Negri, Ministro da Saúde, 2005).

A pesquisa aqui apresentada teve como forma de coleta de dados a entrevista semi estruturada, in loco, com a participação de 04 pacientes idosos acometidos pela tuberculose que residem com a família, e inscritos no Programa de Controle da Tuberculose em 2009.

A distribuição das questões de gênero e idade se constitui de dois homens e duas mulheres entre 60 a 80 anos. Conforme Renato Veras (2003) são importantes os diferenciais por gênero observados entre os idosos, com uma



expressiva predominância das mulheres sobre os homens, 55% e 45%, respectivamente.

Destacando algumas hipóteses que explicam porque as mulheres vivem mais do que os homens: a) acidentes domésticos e de trabalho, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, são em conjunto, quatro vezes mais freqüentes para os homens do que para as mulheres; b) fumar e beber são fatores de riscos associados às mortes por neoplasias e doenças cardiovasculares duas causas de morte muito importante e os homens costumam consumir tabaco e álcool em maiores quantidades do que as mulheres; c) as mulheres têm, de modo geral, melhor percepção da doença e fazem uso mais constante dos serviços de saúde do que os homens; d) a mortalidade materna, antes uma das causas principais de morte prematura entre mulheres, é atualmente bastante reduzida (Veras, 2003).

Foram citados vários fatores que demonstram que o homem é mais suscetível a doenças que a mulher, no caso da tuberculose não é diferente.

Durante a pesquisa observamos que os homens aderem ao tratamento com dificuldade e são os que mais abandonam, segundo os fatores observados: - têm sempre um argumento para parar de tomar o remédio: reação e intolerância medicamentosa (alergias e vômitos); recursos financeiros - baixa renda (o remédio aumenta o apetite e não tem comida); e uso de bebida alcoólica e drogas.

Analisando o estado civil, os homens são casados e as mulheres uma é viúva e a outra é separada há anos. Segundo Veras como vivem mais que os homens, as mulheres têm mais tendência a viver sozinha na terceira idade. Em quase todos os países, o número de viúvas é maior que o de viúvos. Nos EUA 30% das pessoas com mais de 65 anos vivem sozinhas, e 80% delas são mulheres. Na Suíça o número de idosas que vivem é quatro vezes maior que o de homens (40% contra 10%); na Alemanha, a proporção é de seis vezes mais (37% contra 6%). Nos países periféricos o número de mulheres que vivem sozinhas é menor que nos países desenvolvidos, mas ainda é mais alto entre as mulheres que entre os homens. Com relação ao quesito escolaridade todos os entrevistados são alfabetizados e têm pelo menos a 1ª série do ensino fundamental.

Conforme as entrevistas detectamos que, apesar dos idosos serem alfabetizados, dois são deficientes visuais (cegos de ambos os olhos) e dependem da família para tomar o remédio certo, e na hora indicada pelo médico, o que dificulta o trabalho do profissional do PCT, porque o idoso, muitas vezes, fica sozinho e não toma o remédio, correndo risco de ficar resistente à medicação ou morrer. Sobre o quesito renda familiar três entrevistado recebem BPC e apenas um idoso de 60 anos não têm renda fixa e faz “bico” como ajudante de pedreiro e pintor.



Conforme o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Pessoa Idosa para alguns pesquisadores a fragilidade no idoso pode ser vista como uma síndrome fortemente biológica, cujos sinais e sintomas poderiam ser precocemente identificados; outros pesquisadores reforçam a importância da multidimensionalidade dessa síndrome considerando, por exemplo, fatores sociais como: renda insuficiente, baixo nível de escolaridade, e ausência de apoio social, que podem agravar a fisiopatologia da síndrome.

Os idosos, por apresentarem características bastante peculiares das demais faixas etárias, requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa a fim de identificar problemas subjacentes à queixa principal. É relevante considerar as questões de gênero, idade, estado civil e renda familiar, intimamente ligadas às situações de saúde desse grupo, sendo necessário uma avaliação multidimensional considerando o idoso como um todo, em seus aspectos bio-psico-social.

Através da pesquisa observamos, entre os idosos entrevistados, que três recebem o BPC, e essa é a única fonte de renda da família; vivem em situação precária de habitação, alimentação e higiene, entraves para o tratamento do idoso, já que:

“... a tuberculose é uma doença com fortes componentes sociais e econômicos. Pessoas com baixa renda, vivendo em comunidades urbanas densas, com precárias condições de habitação e famílias numerosas, têm probabilidade maior de se infectar, adoecer e morrer de tuberculose”. (CONTROLE DA TUBERCULOSE, 2002).

Apresentamos a fala dos depoentes e dos cuidadores, ante o quesito - das dificuldades para descobrir que estava com tuberculose, ou para dar início ao tratamento:

*“Fomos no PSF o médico disse que era pneumonia passou remédio e mandou pra casa. Tossia muito e não melhorava fui no Real Vida e pedi do médico para fazer o exame de escarro o resultado foi NEG, continuava com muita tosse, cheguei a escarrar sangue. Meu médico reumatologista no Adriano Jorge solicitou uma tomografia, foi aí que descobri que estava com tuberculose, Então o médico me encaminhou pro Cardoso Fontes que foi onde iniciei o tratamento e fui transferida para o Alfredo Campos”. (idosa, 61 anos)*

*“A dificuldade é que eu mesmo me recusava a fazer o exame de escarro, sou filho de cearense fumava desde os*



*oito anos de idade, parei de fumar faz cinco meses quando descobri que estava com essa doença”. (idoso, 60anos)*

*“O médico solicitava o Raio-X de tórax dizia que era pneumonia e mandava pra casa . . . fui descobrir que estava com essa doença no Cardoso Fontes”. (idoso, 72 anos)*

Conforme o caderno de atenção básica a Saúde da Pessoa Idosa o que leva o idoso a procurar a Unidade de Saúde é um sintoma mais familiar ou mais facilmente reconhecível que pode não refletir, de forma clara ou direta, o estado geral de saúde do mesmo.

As doenças nas pessoas idosas tendem a ter uma apresentação atípica quando comparadas a indivíduos mais jovens, o que faz do diagnóstico diferencial um recuso fundamental. É notória a falta de interesse com o doente idoso nas unidades de saúde e hospitais de nossa cidade, pois se realmente o profissional da saúde estivesse atento para esse diagnóstico diferencial seria possível que os idosos com TB fossem mais rapidamente diagnosticados e tratados. Sobre as dificuldades na assistência à saúde, afirma Zimmerman (2000:32):

Além de os velhos que dependem do SUS terem que enfrentar as intermináveis filas para conseguir uma consulta médica e não terem medicamentos gratuitos suficiente, os hospitais não mantêm uma reserva de leitos para pacientes idosos, e os médicos se vêem obrigados a exagerar um diagnóstico, com o objetivo de manter a internação por mais algum tempo, ou o idoso é mandado para casa mesmo sem condições, pois sua vaga precisa ser liberada para outro paciente, acarretando prejuízos à sua recuperação.

Sobre o quesito participação da família na assistência à saúde e ao tratamento desses idosos, conforme a fala dos depoentes, três responderam que a família é participativa e se preocupa com seu tratamento - horário de tomar o remédio, exames de controle e retorno às consultas, não deixando faltar nada.

Um idoso de 72 anos apresentou frustração e revolta quando falamos em família, disse que têm duas filhas, uma mora em outro estado e a que mora aqui não liga para ele. A pessoa que cuida dele é uma companheira que ele arrumou. Conforme Zimmerman:

[...] “médicos e familiares acreditam que providenciar tratamento e medicação adequado é suficiente para preservar à saúde e bem-estar do velho doente, mas estão



equivocados, esquecendo-se dos aspectos psicológicos que todos nós temos. O que cura é também o acompanhamento, a estimulação, não adianta tentar aliviar a consciência dando o melhor tratamento médico e negar-lhe um carinho, uma visita, um telefonema. Amor e atenção têm um grande poder de cura e prevenção de doenças”. (Ibid)

Ao questionar sobre a contaminação, as mulheres responderam que não sabem, acham que contraíram em algum lugar, pois, como são idosas e tem vários problemas de saúde, andam muito em médico em vários hospitais, logo podem ter se contaminado em algum destes lugares por elas visitados. Os homens, um deles pedinte, relataram que a doença poderia ter relação à má alimentação, esgotamento físico e estilo de vida; e o outro foi fumante desde os oito anos, se alimentava de forma incorreta, e trabalhava sem descanso.

As falas dos depoentes relacionadas ao quesito - o que leva as pessoas à não aderirem ou abandonarem o tratamento:

*“A pessoa que não quer ficar boa, não quer tomar o remédio”. (idoso, 72 anos)*

*“A pessoa ser descuidado, não querer a saúde, ser um irresponsável. Apesar de ser seis pílulas tomadas em jejum não tive dificuldade”. (idoso, 60 anos)*

*“Brincam com a saúde, não gostam de viver a vida e falta de interesse no seu tratamento”. (idosa, 61 anos)*

*“Falta de condição financeira. Sou cega dos dois olhos, tenho dificuldade para andar só vou ao médico se for de carro, sou aposentada o dinheiro é pouquinho às vezes não dá”. (idosa, 81anos)*

Como já abordamos, o abandono do tratamento é freqüente, sendo uma das maiores causas da não erradicação da doença, devendo ser evitado ao máximo através de orientações ao doente e aos seus responsáveis. O uso irregular da medicação pode gerar resistência bacteriana às drogas dificultando a cura. As falas dos cuidadores diante do quesito: - “o papel do idoso na relação intrafamiliar e como a família vê e participa do tratamento para tuberculose?”

*“Ele é muito importante para mim e pros meus filhos. Quando ele tava doente foi difícil porque ele não queria ir ao médico, então disse para ele: rapaz quem sabe se você num ta fraco do peito? Ele resolveu ir ao médico. Fomos no João Lúcio e encaminharam pro Cardoso Fontes, depois*



*mandaram a gente ir pro Alfredo Campos. Tive medo de pegar a doença e separei o copo, prato e colher dele. Acordo cedo pra da o remédio dele”. (cuidadora, 72 anos)*  
*“A mamãe é difícil, tive que deixar o trabalho para cuidar dela. Somos duas filhas mais a outra trabalha e têm filhos ela me ajuda como pode”. (cuidadora, 42 anos)*

*“Ele sempre foi muito agressivo e me batia muito, mais apesar de tudo cuidou direitinho dele, dou seu o remédio na hora certa e comida na boca dele”. (cuidadora, 60 anos)*

*“A mamãe é uma pessoa muito importante no seio da família e o seu tratamento está em primeiro lugar. Todos se preocupam em não deixar ela só em dar o remédio e comida na hora certa”. (cuidadora, 36 anos).*

À medida que o idoso vive mais, maior é a possibilidade de isolamento social, ficando mais vulneráveis as doenças mais comuns do processo de envelhecimento como: Hipertensão, Diabetes, Doenças Cardiovasculares, Doenças Reumáticas, Pneumonias e também a Tuberculose. As maiorias dos idosos encontram-se em precária situação social e econômica, agravando o convívio familiar.

Durante as entrevistas observamos que apesar de alguns familiares tentarem deixar transparecer que o idoso é bem cuidado e amado, notamos que o idoso é amargurado tem medo de ficar sozinho e medo de morrer, segundo alguns só estão esperando a morte chegar, “a morte seria um favor”.

Um dos casos que nos comoveu foi a situação precária que se encontrava a idosa de 81 anos - nua no fundo de uma rede, desidratada e desnutrida com muita falta de ar -, tinha dificuldade para se alimentar, pois não possuía dentes, e cega de ambos o olho e, portanto, depende totalmente do cuidador.

Com isso observa-se que famílias desconhecem o processo de envelhecimento, resultando em grande dificuldade na relação e no “lidar” com os Idosos, daí os mesmos passam a ser mal interpretados e até maltratados pela própria família que não estão acostumadas com aquela situação.

Alguns estudos demonstram que a ajuda fornecida pelas famílias à pessoa idosa, com dificuldade no desempenho de uma ou mais atividades de vida diária, gira em torno de 50% da demanda, ou seja, cerca de metade das necessidades dos idosos não são atendidas mesmo sendo necessárias. Isso mostra que apesar do esforço da maioria das famílias no atendimento de seus familiares mais necessitados, essa ajuda não está sendo suficiente, necessitando, assim, de uma revisão nas políticas assistenciais adotadas até o momento.



## Considerações finais

A Tuberculose, à luz das ciências sociais tornou-se, nas últimas décadas deste século, um importante objeto de pesquisa, focado mediante múltiplas abordagens analíticas. Nesse contexto a tuberculose transformou-se em objeto de investigação histórica, possibilitando a formulação e o aprofundamento de um amplo leque de interrogações.

Constituindo-se uma doença histórica conforme sua evolução -, pois, como vimos na pesquisa à tuberculose é uma doença tão antiga quanto à humanidade, o que também transparece na malha social brasileira (Bertolli Filho, 2001) - ela passou a se expandir no mundo a partir da Revolução do Neolítico, ou seja, desde quando os agrupamentos humanos passaram a domesticar animais e assim foi ampliando a possibilidade de contágio.

Conforme sua apresentação nas diversas partes do mundo, a patologia foi despertando estigmas e preconceitos. Conforme Gonçalves (2002), nos últimos anos do século XVIII, a tuberculose estava associada à pelo menos duas representações: como uma doença romântica, característica de intelectuais e poetas; e alguns qualificavam a doença como “mal social”. Essas duas concepções apresentavam-se de forma significativa no imaginário social.

Um dado muito importante é o aumento no número de idosos em todo o mundo, com projeções da Organização das Nações Unidas prevendo um crescimento de 102% na população mundial e de 224% de aumento dos idosos, no período de 1975 a 2025. O mais preocupante é que 2/3 deles estarão vivendo em países em desenvolvimento, nos quais não foram criadas condições sociais nem econômicas para absorver este contingente etário em rápido crescimento.

O que mais preocupa, neste acelerado envelhecimento da população mundial, é a constatação de que nos países desenvolvidos o aumento no número de idosos foi gradativo, e concomitante com as melhorias econômicas e sociais. Nos países em desenvolvimento, tal mudança ocorre num período menor e num contexto de enormes dificuldades sociais e grave crise econômica, com repercussões negativas na assistência à saúde e na previdência, e com aposentadorias cada vez mais insuficientes para atender às necessidades básicas. Deste modo, além de conviverem com os males próprios da idade avançada, como: diminuição da capacidade física e mental, perda de memória, maior susceptibilidade de adoecer e maior dependência nas suas atividades diárias, somam-se às condições de vida difíceis do passado, agravadas pela deterioração social advinda da velhice.

Durante a Pesquisa de Campo, realizando as entrevistas foi percebido que apesar de ser uma doença grave, com notificação obrigatória, e de as políticas



de saúde enfatizarem a importância do tratamento, percebe-se que os usuários desconhecem os riscos que correm ao contraírem a tuberculose, assim como, não levam a sério o tratamento.

Observamos fatos considerados grave; um dos entrevistados após a visita domiciliar foi a óbito, ele estava terminando o tratamento para tuberculose, mas devido a complicações de outras patologias sua saúde agravou, foi levado ao Pronto Socorro Dr. João Lúcio e veio a falecer.

Outro fato é a idosa que está tratando para Tuberculose pela terceira vez e o exame de controle continua positivando, demonstrando que ela é resistente à medicação e irá entrar com um esquema de tratamento mais forte com duração de um ano.

Esses são fatos que denotam as fragilidades do nosso sistema de saúde, e prova que o velho não está tendo a atenção que merece pelas nossas autoridades. A questão dos estigmas e preconceitos também ainda é muito presente tanto pela família como pelos profissionais de saúde, o medo de contrair a doença e falta de conhecimento e esclarecimento são fatores que contribuem para esse fato, dificultando assim, o diagnóstico e tratamento precoce.

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo.

Se considerarmos a saúde, de forma ampliada tornam-se necessárias mudanças no contexto atual, em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa.

O crescimento populacional dos idosos, associado ao recrudescimento da tuberculose, impõe maior preocupação para os estudiosos e para as autoridades responsáveis pela Saúde Pública, justificando estudos pormenorizados e ações mais incisivas contra esta doença. Esperamos que com os novos planejamentos da Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose nas três esferas governamentais, esses problemas possam ser solucionados para melhor efetivação deste Programa e, conseqüentemente, a efetivação dos avanços das políticas públicas, o que caracteriza o verdadeiro protagonismo social.

### **Referências**

Constituição da República Federativa do Brasil. Texto consolidado até a Emenda Constitucional n° 42 de 19 de dezembro de 2003.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. (Org.). *O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo*. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

FILHO, Cláudio Bertolli. *História da Saúde Pública no Brasil*. 4ª edição – São Paulo: Editora Ática, 2001.



- FILHO, Cláudio Bertolli. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
- GONÇALVES, H.: "A tuberculose ao longo dos tempos". *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, vol. VII(2): 303-25 jul. - out. 2002.
- LOAS: Lei Orgânica da Assistência Social: legislação suplementar. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; revisão do texto, Conselho Nacional de assistência Social – CNAS e Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS. – 5ª edição, Brasília: MDS, 2004.
- "Manual de Baciloscopia Direta no Escarro para M. Tuberculosis". Governo do Estado do Amazonas, Secretária de Estado da Saúde CREPS "Cardoso Fontes". – 1ª edição. Manaus – Amazonas, 2005.
- "Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica". Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. – 6ª edição verificada e ampliada – Brasília: Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. nº 19, Brasília-DF, 2006.
- Ministério da Saúde, F.N.S., Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, Controle da Tuberculose uma Proposta de Integração Ensino e Serviço. – 3ª edição, Rio de Janeiro, 1992.
- OLIVEIRA, Ana Paula P. *Saúde do Idoso: Um enfoque Multidimensional*. Manaus: FSDB / BK Editora, 2008.
- Senado Federal. Estatuto do Idoso e Normas Correlatas. Brasília – DF, 2004.
- SOUZA, Márcia. *Assistência de Enfermagem em Infectologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
- VERAS, Renato. "A longevidade da população: desafios e conquistas". *Revista Quadrimestral de Serviço Social*. nº 75, ano XXIV, São Paulo: Editora Cortez, setembro, 2003.
- ZIMERMAN, Guite I. *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

---

**Albanice Ribeiro de Araújo** - Assistente Social, Pós-Graduada do curso de Gerontologia Social, pela Faculdade Salesiana Dom Bosco (FSDB/AM). E-mail: [araujoalba@oi.com.br](mailto:araujoalba@oi.com.br)

**Eliana M<sup>a</sup> Montenegro Monteiro** - Prof<sup>a</sup> orientadora, mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). E-mail: [elianamonteiro6@hotmail.com](mailto:elianamonteiro6@hotmail.com)