



## A tuberculose na perspectiva do homem e da mulher\*

Tuberculosis from the perspective of men and women  
Tuberculosis desde la perspectiva del hombre y de la mujer

### Como citar este artigo:

Silva TC, Pinto ML, Orlandi GM, Figueiredo TMRM, França FOS, Bertolozzi MR. Tuberculosis from the perspective of men and women. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20220137. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0137en>

- Talina Carla da Silva<sup>1</sup>
- Mayrla Lima Pinto<sup>2</sup>
- Giovanna Mariah Orlandi<sup>1</sup>
- Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo<sup>3</sup>
- Francisco Oscar de Siqueira França<sup>4</sup>
- Maria Rita Bertolozzi<sup>1</sup>

\*Extraído da tese: “Influência de gênero na adesão ao tratamento da tuberculose”, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2019.

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal da Paraíba, Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual da Paraíba, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Campina Grande, PB, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, São Paulo, SP, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze aspects related to the experience of tuberculosis from the perspective of men and women with tuberculosis. **Method:** Qualiquantitative cross-sectional study. Patients with tuberculosis in the city of Campina Grande-PB were interviewed through a semi-structured questionnaire between September/2017 and January/2018. Discourse Analysis and Chi-Square test were performed. **Results:** Sixty-three subjects were interviewed, of which 34 (54.0%) were men. There was an association of the category gender with level of education ( $p = 0.004$ ), work activity ( $p = 0.023$ ), time spent on activities outside the home ( $p = 0.013$ ), and time spent on activities at home ( $p = 0.001$ ). The analysis of the statements specially revealed that men perceive their role as the family's main provider and the women with a social role of caregiver, often postponing the search for a health care due to fear of not being able to perform this role in the family and/or in society. **Conclusion:** The weakness caused by the disease and the long duration of treatment changed the interviewees' routine, causing suffering and frustration, with consequences in the performance of social roles within the family and in society, constituting a barrier to adherence to tuberculosis treatment.

### DESCRIPTORS

Tuberculosis; Treatment Adherence and Compliance; Gender Identity.

### Autor correspondente:

Talina Carla da Silva  
Rua Antônio Pedro da Silva  
280, João Catigüeira  
58900-000 – Pau Dos Ferros, RN, Brasil  
[talinacarla@hotmail.com](mailto:talinacarla@hotmail.com)

Recebido: 16/04/2022  
Aprovado: 15/09/2022

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece como importante problema de saúde pública, acometendo, principalmente, pessoas com comprometimento imunológico e condições sociais que evidenciam vulnerabilidades. Embora a doença não mais figure no ranking mundial entre as 10 principais causas de morte, em que predominam as doenças crônicas não transmissíveis, mantém-se como importante doença infectocontagiosa nos países de baixa e média renda. Nestes, a TB ocupa, respectivamente, a oitava e sétima posições entre as causas de morte em 2019, evidenciando a determinação social da doença e sua relação com o aumento das desigualdades sociais<sup>(1,2)</sup>.

De fato, em torno de 1,2 milhões de pessoas morreram, em 2019, em decorrência da doença<sup>(3,4)</sup>. Ainda que, proporcionalmente, tenha acometido mais homens do que mulheres, entre as doenças infecciosas, é a enfermidade que mais tem levado mulheres ao óbito. Admitindo-se que a TB está intimamente relacionada às iniquidades sociais e que as mulheres constituem a maior parte da população em situação de pobreza, na esfera mundial, ressalta-se a vulnerabilidade desse grupo populacional<sup>(3,5)</sup>.

Vários aspectos dificultam o controle da TB, tais como: a crescente resistência aos medicamentos, o uso de álcool e drogas, tabagismo, associação com o HIV, falhas e atraso no diagnóstico e equívocos no seguimento do tratamento pelo paciente. Particularmente em homens, observa-se a prevalência do tabagismo e uso de álcool e drogas, o que pode contribuir para a alta carga da doença nesse grupo<sup>(3)</sup>. A detecção precoce da TB é uma das estratégias de controle de âmbito mundial, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e seu alcance também depende, entre outros, da qualidade dos serviços de saúde, do envolvimento dos profissionais, da percepção do paciente sobre a doença, do acesso aos serviços de saúde<sup>(3,6)</sup>. A OMS aponta que as mulheres acessam os serviços de diagnóstico e tratamento com maior frequência que os homens, que paradoxalmente, apresentam maior carga de doenças<sup>(3)</sup>, em decorrência de contextos de vulnerabilidade que podem ser distintos daqueles relativos às mulheres.

No entanto, não se trata de minimizar tais diferenças, reduzindo-as ao sexo, que está relacionado aos aspectos fisiológicos do ser humano – às características biologicamente determinadas que distinguem o homem e a mulher. Trata-se de ampliar a interpretação, incluindo a perspectiva de gênero que, apesar da complexidade na sua definição, pode ser entendido como produto das relações sociais, culturais e históricas, que estabelecemos papéis desempenhados por homens e mulheres<sup>(7)</sup>. A OMS considera o gênero um potente determinante de saúde que interage com a estrutura familiar, suporte social, comportamentos, influenciando a percepção de homens e mulheres a respeito do processo saúde-doença, tornando-os ainda mais vulneráveis ao adoecimento, ao também articular-se a outros determinantes de saúde, como *status* social, posição na economia, acesso a recursos, dentre outros<sup>(8,9)</sup>.

Na literatura, a influência da categoria gênero na adesão ao tratamento da TB não tem sido objeto de análise. Os estudos sobre TB e gênero limitam-se, em geral, a abordar as diferenças entre os sexos<sup>(9,10)</sup>. Entretanto, admitindo-se gênero como tema

relevante para a saúde pública por constituir barreira no controle da doença, pesquisas sobre gênero e adesão ao tratamento da TB são relevantes para aprimorar o entendimento da dinâmica dessa enfermidade na coletividade<sup>(11)</sup>. Nessa perspectiva, o estudo teve como objetivo analisar aspectos relacionados à vivência da tuberculose na perspectiva de homens e mulheres portadores de TB.

## MÉTODO

### DESENHO DO ESTUDO

Realizou-se estudo transversal descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa<sup>(12)</sup>.

### POPULAÇÃO

Compuseram a amostra pacientes que realizaram o tratamento para a TB em 2016.

### LOCAL

O estudo foi desenvolvido no município de Campina Grande-PB. Em se tratando da assistência às pessoas com TB, o Município segue as recomendações do Programa Nacional de Tuberculose (PNCT), tendo descentralizado o acompanhamento do tratamento para as equipes da Estratégia Saúde da Família.

### CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os dados foram inicialmente extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram critérios de inclusão: ter 18 anos e mais, residir no local de estudo, apresentar o endereço completo e capacidade preservada de compreensão e de comunicação verbal. Os critérios de exclusão foram: pessoas que, no período da coleta de dados, se encontravam em reclusão no sistema prisional; as que foram a óbito; quando houve transferência, mudança de diagnóstico, mudança de endereço; pessoas que residiam na zona rural; e no caso de dados duplicados no sistema SINAN. Com isso, a amostra foi constituída por 63 casos.

### COLETA DE DADOS

A coleta de dados junto aos pacientes ocorreu entre setembro de 2017 e janeiro de 2018, por meio de entrevista realizada na residência dos participantes do estudo. Os endereços foram disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Município onde o estudo foi concretizado e confirmados junto às Unidades Básicas de Saúde em que os pacientes realizaram o tratamento. Um questionário semiestruturado contendo duas partes orientou as entrevistas. A primeira parte buscou identificar informações sociodemográficas dos participantes: idade, escolaridade, estado civil, pessoas na residência, situação de trabalho, horas despendidas em atividades domiciliares e em atividades fora do domicílio, além da situação do tratamento. A segunda parte continha as questões norteadoras que possibilitaram o livre discurso dos participantes. Anteriormente à coleta de dados, realizou-se teste piloto com 10 pacientes com TB, a fim de aprimorar o instrumento, cujos resultados não foram incluídos no estudo. As entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas na

íntegra e esse material constituiu a matéria prima para a análise dos depoimentos.

## ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

No que diz respeito ao marco de referência que conduziu a análise e interpretação dos dados, foi adotado o conceito de *adesão*<sup>(13)</sup>. Neste, a adesão não se reduz à volição pessoal, mas está relacionada ao lugar ocupado pelo indivíduo na sociedade, à sua percepção sobre o processo saúde-doença e à organização dos processos de trabalho em saúde<sup>(13)</sup>. Em relação ao conceito de *gênero*, consiste nas relações sociais travadas entre homens e mulheres e da construção dos papéis de homens e mulheres na sociedade, que acabam por influenciar os seus comportamentos em todos os aspectos da vida<sup>(8)</sup>.

Os dados quantitativos foram analisados segundo frequência e teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) ou Exato de Fisher, quando necessário, estabelecendo-se Intervalo de Confiança de 95% e significância de 5%. Realizou-se a estratificação por sexo a fim de avaliar diferenças entre os homens e as mulheres. Os dados quantitativos foram sistematizados no Excel e processados no SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 13.0.

Os depoimentos foram submetidos à técnica de Análise de Discurso<sup>(14)</sup> adaptada, que permitiu a emergência de temas (os elementos abstratos que retratam a realidade percebida pelos sentidos) e figuras (os elementos concretos presentes nas falas, palavras que representam a realidade)<sup>(14)</sup>. Várias leituras dos depoimentos foram realizadas, na tentativa de chegar à estrutura mais profunda dos textos e de construir as categorias. Com isso foram revelados os núcleos de sentido relacionados ao objeto de estudo. Manteve-se o sigilo dos participantes e cada participante foi devidamente identificado: homens – H e mulheres – M.

## ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo está em conformidade com a Resolução 466/2012 e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob número 2.240.525. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Dos 63 sujeitos entrevistados, 34 (54,0%) pertenciam ao sexo masculino. Na Tabela 1 é possível observar que a idade é muito semelhante entre ambos os grupos; os homens apresentaram baixa ou nenhuma escolaridade ( $p = 0,004$ ), trabalhavam ( $p = 0,023$ ) e apresentavam maior tempo dedicado a atividades extradomicílio ( $p = 0,013$ ). As participantes mulheres apresentaram maior escolaridade ( $p = 0,004$ ), trabalhavam ( $p = 0,023$ ) e dedicavam mais tempo a atividades no próprio domicílio ( $p = 0,001$ ).

Em relação à cura, foi mais alta entre as mulheres (88,9%) e o abandono não foi importante, embora tenha sido maior no grupo de homens (6,5%) (Tabela 1).

No que diz respeito à análise dos depoimentos, verificou-se que traduzem o papel historicamente construído e reproduzido socialmente para ambos os sexos. Os homens entendem sua participação na família principalmente como “provedores”: *Eu acredito que eu seja o ponto mais forte (...)* (HFF9), responsáveis por garantir o sustento da família (HFF9; HH8; HI9; HO9; HU4; HDD3; HDD19).

Por outro lado, a mulher revela-se como “cuidadora”: *A minha função é sempre cuidar deles (...)* (FK7); dona de casa e suporte central da família (FA5; FB8; FE4; FG11; FH7; FQ6; FS4). De fato, os papéis convencionais exibem um padrão de arranjos familiares e de divisão de tarefas que determina essa posição de “provedor” ao homem e da mulher como “cuidadora” do lar (HL9; HK12; HO13; HW8; FC6; FL8): *Dela fazer as coisas de casa e eu trazer pra dentro de casa (...)* (HK13).

O papel social da mulher como “cuidadora” é reconhecido pelos homens: *Ela ficava insistindo: “Vá fazer o tratamento, vá atrás do tratamento”. Aí eu fiz* (HBB7). Mesmo entre as mulheres, reconhece-se que tal papel é de seu domínio: *Mas eu pensava que quem ia me dar mais apoio seriam as irmãs, as mulheres, mas não tive o apoio* (FQ1).

Observou-se, também, a percepção sobre a divisão de tarefas domésticas, por parte dos homens, ao afirmarem que há atividades do lar que devem ser por eles realizadas, como o conserto de objetos e equipamentos e, outras, por mulheres, reafirmando a sua naturalização: *(...) conserto eu faço, conserto é de homem, atividade de homem, vamos dizer, consertar uma parede, rebocar uma casa, limpar o mato. Mas doméstica (...) lavar prato, lavar roupa, ainda sou desse tempo, mas o problema é que não fazer... Se eu for lavar um copo, quebro dois...* (HL12).

Por outro lado e de forma geral, os discursos das mulheres entrevistadas divergem daqueles dos homens no que diz respeito à divisão das tarefas domésticas, pois em quase todos os relatos, elas afirmaram que tais atividades eram realizadas apenas por ela ou com a ajuda de outras figuras femininas, e que integravam o núcleo familiar: *Mulher, aqui não tem divisão não, (...) de tudo eu faço, lavo prato, amanhã varro casa* (FC6).

Destaca-se que algumas mulheres reforçam a naturalização da divisão de tarefas, pois para elas é compreensível o fato de os homens não apoiarem/não realizarem atividades domésticas, sob a justificativa de que o trabalho desses últimos ocorre estritamente no âmbito fora do domicílio, considerando-se inclusive que o trabalho doméstico não se constitui em atividade laboral: *Ele trabalha à noite, durante o dia dorme um pouquinho* (FH10); *(...) ele trabalha, estuda de noite, aí não tem nem como ele ajudar* (FM7). E o mesmo foi manifestado por alguns homens (HL11; HO13; HT29; HW8): *As atividades domésticas, quem faz sempre é minha mãe. Não, não ajudo, passo o dia trabalhando* (HW8; HL11).

No que diz respeito à vivência da TB, em alguns depoimentos parece não haver diferença entre os participantes de ambos os sexos (HA4; HD3; HE2; HY2; HAA24; FF2):

*Eu acho que a doença é normal, não tem sexo, não tem pessoa; até uma criança adoecer, a doença não tem idade, não tem limite* (HE2; FP16).

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

Entretanto, algumas mulheres colocaram-se como “indefesas” e, nesse sentido, mais propícias ao adoecimento (FF3; FK9).

Já na perspectiva dos homens, o seu papel social e o estigma causado pela TB exercem efeito sobre a situação vivenciada:

*(...) é complicado, porque a gente tem que esconder um pouco... e por questão de ser homem, é que ficou pior ainda, eu tive que deixar de trabalhar e não podia dizer a ninguém (...)* (HT14).

**Tabela 1** – Distribuição dos participantes do estudo segundo características pessoais e sociais – Campina Grande, PB, Brasil, 2016.

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		Teste $\chi^2$ p-valor
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
<b>Faixa etária (anos)</b>							p = 0,984
19  ---- 30	14	22,2	7	24,1	7	20,6	
30  ---- 41	12	19,0	5	17,2	7	20,6	
41  ---- 52	16	25,4	8	27,6	8	23,5	
52  ---- 63	12	19,0	5	17,2	7	20,6	
63  ----  74	9	14,3	4	13,8	5	14,7	
<b>Escolaridade – última série estudada</b>							p = 0,004*
Não alfabetizado(a)	26	42,6	6	21,4	20	60,6	
Ensino fundamental incompleto	4	6,6	0	0,0	4	12,1	
Ensino fundamental completo	11	18,0	7	25,0	4	12,1	
Ensino médio incompleto	9	14,8	6	21,4	3	9,1	
Ensino médio completo	4	6,6	4	14,3	0	0,0	
Superior incompleto	5	8,2	3	10,7	2	6,1	
Superior completo	2	3,3	2	7,1	0	0,0	
<b>Estado Civil</b>							p = 0,320
União estável	9	14,5	3	10,7	6	17,6	
Casado(a)	21	33,9	8	28,6	13	38,2	
Solteiro(a)	25	40,3	12	42,9	13	38,2	
Divorciado(a)	4	6,5	2	7,1	2	5,9	
Viúvo(a)	3	4,8	3	10,7	0	0,0	
<b>Número de pessoas na residência</b>							p = 0,310
1 a 2	20	31,7	12	41,4	8	23,5	
3 a 4	27	42,9	11	37,9	16	47,1	
5 a 7	16	25,4	6	20,7	10	29,4	
<b>Situação de trabalho</b>							p = 0,023*
Trabalhando	33	53,2	9	33,3	24	68,6	
Desempregado	12	19,4	6	22,2	6	17,1	
Afastamento	4	6,5	2	7,4	2	5,7	
Aposentado	6	9,7	3	11,1	3	8,6	
Estudante	5	8,1	5	18,5	0	0,0	
Trabalha no lar	2	3,2	2	7,4	0	0,0	
<b>Horas em atividades domiciliares</b>							p = 0,001*
0  ---- 4 h	37	58,7	10	34,5	27	79,4	
4  ---- 8 h	15	23,8	11	37,9	4	11,8	
8  ----  12 h	11	17,5	8	27,6	3	8,8	
<b>Horas em atividades fora do domicílio</b>							p = 0,013*
0  ---- 4 h	27	42,9	18	62,1	9	26,5	
4  ---- 8 h	13	20,6	5	17,2	8	23,5	
8  ----  12 h	23	36,5	6	20,7	17	50,0	
<b>Situação do tratamento</b>							p = 0,688
Cura	49	84,5	24	88,9	25	80,6	
Abandono	3	5,2	1	3,7	2	6,5	
Andamento	6	10,3	2	7,4	4	12,9	

(+) Teste de Qui-quadrado. Resultado significativo: (\*) p-valor < 0,05. (a) Teste exato de Fisher (freq. Esperada < do que 5). Result. signif: (\*) p-valor < 0,05. (-). (b) variáveis relacionadas. Para essa análise, os valores de missing foram excluídos.

O vínculo com o serviço de saúde é evidenciado pela escuta, pela realização de visitas domiciliares, pelo tratamento diretamente supervisionado, pela compreensão e flexibilidade da equipe de saúde durante a realização dos exames (HL17; HP21; HT39; HW12; HY25; HAA20; HEE28; HFF13; FA7; FC9; FE13; FG15; FY12; FAA8). O diálogo e a orientação dos profissionais foram elementos ressaltados pelos homens e mulheres como facilitadores, pois proporcionam informação a cerca do caso clínico, conhecer a doença

e esclarecimentos sobre a possibilidade de cura (HD11; HK17; HR17; HU13; HV13; HAA20; FC9; FD8; FG15; FJ8; FO16).

Além disso, a localização geográfica do serviço de saúde, ressaltada principalmente pelos homens, contribui para a diminuição dos gastos financeiros. O fato de o tratamento ser realizado de forma gratuita pelos serviços de saúde e, principalmente, a oferta da medicação, também foram admitidos como facilidades (HC6; HCC19; HV13).

No que diz respeito aos elementos que condicionam o tratamento da TB, verificou-se que, em sua maioria, ambos os grupos de entrevistados apontaram ausência de dificuldades, principalmente devido ao apoio recebido por parte da equipe de profissionais de saúde qualificados e em decorrência dos laços afetivos – por parte de familiares e/ou de amigos (HA7; HB5; HF4; HG3; HH10; HY14; FA7; FA16; FD7; FG15; FF13):

*(...) consegui com ajuda dos amigos (HB5).*

*Gostava da equipe, era tudo bom (HA7).*

*Todo mundo me apoiou (HI17)*

*Ela era uma médica excelente (...)* (HJ24)

*O tratamento foi bem (...) eu gostava da equipe, era tudo de bom (HA7).*

Aqueles que relataram dificuldades destacaram os efeitos causados pelos medicamentos (HF8; FD9; FP16; FQ20), o horário matutino da tomada medicamentosa (HFF14, HW13,15) e a sensação de aumento dos efeitos colaterais em decorrência do jejum prévio à ingestão da medicação (HFF14; HDD4).

Para as mulheres, a duração do tratamento foi apontada como dificuldade, mas não se constituiu em impedimento para a adesão terapêutica:

*(...) mal-estar, passei seis meses com dor de cabeça direto, mas não podia deixar de tomar a medicação (FC7).*

Alguns homens admitiram que o rompimento de alguns hábitos, como fumar e beber (HC1; HJ1; HT5; HQ10), a demora para iniciar o tratamento em decorrência do atraso do diagnóstico (*Fui várias vezes na unidade e não disseram o que eu tinha* [HT5]), a falta de medicamentos na unidade de saúde, a burocracia para retirar o fármaco na unidade de saúde, a espera para o Tratamento Diretamente Observado, que se tornava insuportável em decorrência da sensação de fome, dada a necessidade do jejum (HH4; HBB11; HH12; HQ13), constituíram desafio para o seguimento do tratamento. O desgaste sofrido pela retirada do homem do mercado de trabalho, com repercussão na satisfação das necessidades para a manutenção da vida, foi apontado como causa do abandono do tratamento (HT2,3,5).

Ainda sobre os elementos que condicionam o tratamento da TB, houve menção à dificuldade para a obtenção de alguma modalidade de proteção social governamental. A maioria dos entrevistados de ambos os grupos não conseguiu nenhum incentivo, o que dificultou o comparecimento às consultas e a ingestão do medicamento, de forma supervisionada (FG3; FI24), o que pode constituir-se como barreira na adesão ao tratamento:

*Eu cheguei aqui, a assistente social chegou até a colocar para receber o benefício, mas quando eu cheguei lá, deu errado, aí eu não quis mais correr atrás (...)* (HDD4).

*“Se tivesse uma ajuda do governo, seria melhor, porque tive que voltar a trabalhar e não dava para continuar o tratamento” (...)* (HDD7)

## DISCUSSÃO

O estudo possibilitou a identificação de características sociodemográficas dos participantes no estudo e alguns aspectos relacionados ao gênero, concretizados pelos papéis sociais, no tratamento da TB.

Em relação às características das pessoas em tratamento, a escolaridade, a situação de trabalho, o número de horas em atividades domiciliares e em atividades extra domiciliares foram significativas, expressando, objetivamente, peculiaridades entre homens e mulheres. Os homens apresentaram mais baixa escolaridade, encontravam-se trabalhando, exerciam menor número de horas em atividades domiciliares e atividades laborais que demandam maior tempo fora do domicílio do que as mulheres. Tal desigualdade tem sido justificada, historicamente, pela perspectiva naturalizada de diferenças comportamentais entre os sexos. A organização necessária à perpetuação da espécie tem sido genericamente explicada pelo determinismo biológico, que impõe a representação da fragilidade da mulher, à qual caberiam tarefas mais leves e, da robustez masculina, com a realização das tarefas mais pesadas. Nessa perspectiva, a figura masculina deve tutelar a mulher que, por sua vez, depende de proteção, é responsável pelo cuidado do lar e a quem cabem as atividades de zelo e procriação<sup>(15,16)</sup>. Essa visão de mundo compõe um dos achados do presente estudo, em que o homem se coloca como aquele que responde pelo sustento da família e a mulher se responsabiliza pelas atividades domésticas.

As mulheres apresentaram maior grau de escolaridade do que os homens, embora ainda baixo, e manifestaram dedicar maior tempo a atividades no domicílio. Na contemporaneidade, em muitos países em desenvolvimento, e o Brasil é exemplo objetivo, as mulheres apresentam carga de trabalho dupla ou tripla, cuidando da família e do lar, além de realizar atividades laborais extradomiciliares com salários, via de regra, mais baixos do que os dos homens<sup>(17)</sup>, perfazendo desigualdade de gênero no trabalho. Em 2019, por exemplo, as mulheres obtiveram 77,7% do montante recebido pelos homens<sup>(18)</sup>. O impacto da TB nessas mulheres pode ser, portanto, muito mais severo, não apenas na dimensão individual, mas também recaindo sobre suas famílias e na própria sociedade<sup>(17)</sup>.

Por outro lado, as questões de gênero estão diretamente relacionadas à esfera econômica, cultural e social, reiterando-se que o maior acometimento da doença pelos homens pode decorrer do fato de que estes encontram-se mais expostos ao bacilo causador da doença. De fato, a região onde se realizou o estudo ainda apresenta características históricas relacionadas ao trabalho e ao território que conferem maior possibilidade de exposição à interação, por parte dos homens, fora do domicílio. É bem verdade que, em muitas sociedades, o homem é o responsável financeiro para garantir as condições de sobrevivência da família, o que pode levar a contextos em que incida maior vulnerabilidade<sup>(19)</sup>.

A TB é determinada pelas condições de vida e de trabalho, o que contribui para o aumento da vulnerabilidade social. Alguns estudos têm relatado que as condições inadequadas de vida são particularmente mais precárias entre as mulheres, que também têm menor acesso a recursos econômicos. Quando conseguem integrar o setor formal, geralmente, exercem funções subalternas

e que exigem menor qualificação do que para os homens, apondo-se que tais elementos também contribuem para dificultar o acesso das mulheres ao diagnóstico e a adesão ao tratamento<sup>(20)</sup>.

Os discursos dos participantes do presente estudo evidenciam o reforço às relações impostas socialmente aos homens e mulheres e que, muitas vezes, acabam por se naturalizar. Para compreender os papéis desempenhados por ambos os grupos é importante compreender que, ao longo do tempo, os espaços ocupados foram diferentes, estando o privado reservado às mulheres e o público aos homens. A inserção das mulheres no espaço privado (no lar), por vezes tida como obrigatória, sendo reconhecida como “donas de casa”, acaba por anular seus desejos, impossibilitando ocupações/presença nos espaços públicos, na política, no mercado de trabalho e não raro prejudicando sua autonomia, com reflexo para o seu autocuidado<sup>(21)</sup>.

Outra linha de achados refere-se à divisão de tarefas, apresentando-se muito associada à percepção dos sujeitos sobre o seu papel na família. Para as mulheres, essa divisão inexistente, pois parecem entender como mandatário o cuidado doméstico, restringindo-o aos homens somente em caso em que podem apenas “ajudar”. No caso daquelas que trabalham fora do lar, também acreditam ser responsabilidade própria as atividades domésticas, o que mais uma vez naturaliza essa representação. Os papéis de dedicação prioritária à vida doméstica e aos familiares, relatados pelas mulheres do presente estudo, partem de uma concepção construída histórica e socialmente<sup>(11)</sup>. Esse estereótipo de gênero feminino acaba por se naturalizar e ser distintivo; comportamentos contrários a esse padrão seriam desvios e, portanto, desvalorizados. Assim, muitas mulheres sacralizam a família para manter a esfera privada, o que pode comprometer a sua identidade individual<sup>(22)</sup>.

Essa realidade, também expressa nas falas das mulheres deste estudo, é reiterada na estrita literatura que trata da relação de gênero e TB. Observou-se que a concepção de responsabilidade sobre a guarda da família ainda predomina, principalmente entre as que exercem funções de “dona de casa” e “provedora”. Essas fizeram com que adiassem a busca pelo diagnóstico da TB, com receio de ter de se afastar do núcleo familiar e de que os membros da família ficassem sem aquela que “zela por todos”, com repercussões no orçamento doméstico, e consequências na adesão ao tratamento<sup>(23)</sup>.

Por outro lado, em outras situações, elas demonstraram preocupação em relação à manutenção das atividades no lar e das finanças da família, o que determinou que procurassem assistência à saúde mais rapidamente e almejassem a cura para voltar a cuidar dos familiares<sup>(24)</sup>.

As mulheres, no Brasil, apesar de terem obtido muitas conquistas no âmbito público, ainda sofrem com a prevalência da desigualdade de gênero que as mantém em condições de subalternidade. Essa diferença é alimentada pela divisão sexual do trabalho, conforme pode ser verificado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que mostra que, no quarto trimestre de 2020, 52,9% das mulheres encontravam-se desocupadas, em relação a 47,1% de homens<sup>(24,25)</sup>. Isso pode caracterizar a predominância das mulheres em atividades domésticas e a subvalorização, uma vez que esse trabalho não é quantificado no cálculo da riqueza social produzida, apesar de ser essa uma tarefa indispensável na construção da vida<sup>(26)</sup>.

Tal cenário pode agravar-se ainda mais com o impacto da pandemia do novo coronavírus, o SARS-CoV-2, com consequências para a distribuição do trabalho por gênero. As mulheres tendem a estar prevalentemente em setores de serviços que foram sujeitos a bloqueios ou medidas de distanciamento social. Por outro lado, também estão mais presentes em setores que foram definidos como críticos para a resposta da COVID-19. Além disso, a necessidade da realização do *lockdown*, em diversas cidades em todo o mundo, junto ao fechamento das escolas, podem exacerbar ainda mais as disparidades de gênero no cuidado dos filhos e nas tarefas domésticas<sup>(27)</sup>. É importante destacar que a pandemia também rouxe consequências no âmbito do acesso aos serviços que prestam assistência em tuberculose, que tiveram que ser realocados para o atendimento a pacientes com a COVID-19, com repercussões no diagnóstico precoce e assistência oportuna para os pacientes com TB.

Quanto à percepção da TB no cotidiano, os homens parecem buscar reforçar sua masculinidade, ao exibir publicamente o estoicismo, não demonstrando sofrimento, debilidade ou fragilidade fora de casa; entretanto, paradoxalmente, no ambiente privado recorriam aos cuidados das mulheres. Os homens, ao admitirem serem mais fortes para enfrentar a doença do que as mulheres, apostam na concepção baseada em sua natural estrutura física. Devido a tal interpretação, muitos homens retardam a procura de cuidados à saúde, com consequências na adesão ao tratamento<sup>(28)</sup>.

A desigualdade de gênero é notada na epidemia da TB mundialmente e, entre os vários processos que evidenciam essa realidade, encontram-se as diferenças sócio-culturais-econômicas. O papel desempenhado pelas mulheres, em algumas culturas, lhes tolhe a autonomia, reduz sua acessibilidade aos serviços médicos, com repercussões na adesão ao tratamento da TB. Por outro lado, os papéis exigidos socialmente aos homens podem aumentar o contato social, deixando-os mais expostos ao bacilo, conforme anteriormente mencionado e, quando diagnosticados com a doença, podem mostrar-se frágeis. A mudança da rotina, em decorrência da doença, pode acarretar prejuízos financeiros a eles e a toda a família, com repercussões na adesão ao tratamento. De fato, alguns estudos relatam que os papéis de gênero feminino e masculino podem influenciar os pacientes na adesão ao tratamento, corroborando os achados do presente estudo<sup>(7,29)</sup>.

Estudos relacionados às diferenças de gênero e TB trazem as dificuldades que mulheres e homens têm enfrentado na obtenção do diagnóstico e início do tratamento da TB. Apontam que as mulheres sofrem mais barreiras do que os homens para iniciar o tratamento e dar continuidade até a cura<sup>(30)</sup>. Contudo, os homens parecem apresentar maior dificuldade na adequação ao plano terapêutico durante o tempo preconizado e de mudar seus hábitos do que as mulheres<sup>(28)</sup>. A explicação para tal achado está posta na crença de sua fortaleza física, que reforça sua masculinidade e resiliência. Ao ocuparem a função de provedores da família, a preocupação em não conseguir responder a essa necessidade, em decorrência da doença, também foi entendida, no presente estudo, como uma barreira na adesão ao tratamento da TB.

As diferenças entre homens e mulheres confirmam papéis sociais distintos, configurando elementos de vulnerabilidade que podem ser agravados pela TB. O estudo contribui para o cuidado de Enfermagem, destacando-se a importância de que a equipe de enfermagem, em especial a Enfermeira e o Enfermeiro, compreendam

as condições dos pacientes a partir do entendimento do seu lugar social, incluindo aspectos relacionados à sua inserção na produção e reprodução social, pois refletem diferentes oportunidades de acesso à saúde, manutenção da vida e enfrentamento da doença, e que podem influenciar o processo de adesão ao tratamento.

Como limitações do estudo verificou-se que, muito possivelmente em decorrência de seu desenho, não foi possível que aflorassem aspectos que poderiam adensar a discussão da temática de gênero, na perspectiva de seus participantes, reduzindo a possibilidade de que pudessem refletir a respeito de seu papel social. Outra limitação incide na escassez de estudos que discutissem o processo saúde-doença na perspectiva de gênero e não apenas em relação às diferenças na vivência da tuberculose em pessoas do sexo masculino e feminino.

## CONCLUSÃO

Foi possível observar os elementos referentes a algumas características individuais e do processo saúde-doença de cada grupo de participantes no estudo.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar aspectos relacionados à vivência da tuberculose na perspectiva de homens e mulheres portadores de tuberculose. **Método:** Estudo transversal quali-quantitativo. Entrevistou-se, por meio de questionário semiestruturado, pacientes com tuberculose no município de Campina Grande-PB, entre setembro/2017 e janeiro/2018. Realizou-se Análise de Discurso e teste Qui-Quadrado. **Resultados:** Entrevistaram-se 63 sujeitos, sendo 34 (54,0%) do sexo masculino. Evidenciou-se associação da categoria gênero com escolaridade ( $p = 0,004$ ), atividade de trabalho ( $p = 0,023$ ), tempo despendido em atividades fora do domicílio ( $p = 0,013$ ) e tempo despendido em atividades no domicílio ( $p = 0,001$ ). A análise dos depoimentos revelou, principalmente, que o homem percebe seu papel como provedor principal da família e, a mulher, no papel social de cuidadora, adiando muitas vezes a busca por um serviço de saúde com receio de não conseguir exercer esse papel na família e/ou na sociedade. **Conclusão:** A debilidade causada pela doença e a longaduração do tratamento mudaram a rotina dos entrevistados, causando sofrimento e frustração, com decorrências no desempenho dos papéis sociais no interior da família e na sociedade, constituindo-se em barreira na adesão ao tratamento da tuberculose.

## DESCRITORES

Tuberculose; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Identidade de gênero.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar aspectos relacionados con la experiencia de la tuberculosis desde la perspectiva de hombres y mujeres con tuberculosis. **Método:** Estudio transversal cuali-quantitativo. Fueron entrevistados pacientes con tuberculosis del municipio de Campina Grande-PB, por medio de cuestionario semiestruturado, entre septiembre/2017 y enero/2018. Se realizaron Análisis del Discurso y Chi-Cuadrado. **Resultados:** Sesenta y tres sujetos fueron entrevistados, de los cuales 34 (el 54,0%) eran del sexo masculino. Hubo asociación de la categoría género con escolaridad ( $p = 0,004$ ), actividad laboral ( $p = 0,023$ ), tiempo dedicado a actividades fuera del domicilio ( $p = 0,013$ ) y tiempo dedicado a las actividades en el domicilio ( $p = 0,001$ ). El análisis de las declaraciones reveló, principalmente, que el hombre percibe su rol como principal proveedor de la familia y, la mujer, en el rol social de cuidadora, postergando muchas veces la búsqueda de un servicio de salud por temor a no poder realizar ese rol en la familia y/o en la sociedad. **Conclusión:** La debilidad provocada por la enfermedad y la larga duración del tratamiento modificaron la rutina de los entrevistados, provocando sufrimiento y frustración, con consecuencias en el desempeño de los roles sociales en la familia y en la sociedad, constituyendo una barrera para la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

## DESCRIPTORES

Tuberculosis; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Identidad de Género.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. Geneva: WHO; Atualizado 9 dez 2020; [citado em 2022 jan 24]. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Bertolozzi MR, Takahashi RF, França FOS, Hino P. The incidence of tuberculosis and its relation to social inequalities: Integrative Review Study on PubMed Base. *Esc Anna Nery*. 2020;24(1):e20180367. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0367>
3. World Health Organization. Global tuberculosis report 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado em 2022 jan 24]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tuberculose 2021 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. (Boletim Epidemiológico. Número Especial) [citado em 2022 jan 24]. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/24/boletim-tuberculose-2021\\_24.03](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/24/boletim-tuberculose-2021_24.03)
5. Hatherall B, Newell JN, Emmel N, Baral SC, Khan MA. "Who will marry a diseased girl?" marriage, gender, and tuberculosis stigma in Asia. *Qual Health Res*. 2019;29(8):1109-19. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732318812427>. PMID:30499375.
6. World Health Organization. Global tuberculosis report 2016 [Internet]. Geneva: WHO; 2016. [citado em 2022 jan 24]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250441>

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019. (Boletim Epidemiológico; vol. 50, no. 9). [citado em 2022 jan 24]. p. 1-18. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/437746/>
8. Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. In: Scott J. Gender and the politics of history. New York: Columbia University Press; 1989.
9. World Health Organization. Department of Gender, Women and Health Family and Community Health. Gender in tuberculosis research [Internet]. Geneva: WHO; 2004 [citado em 2022 jan 24]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43085>
10. McQuaid CF, Horton KC, Dean AS, Knight GM, White RG. The risk of multidrug- or rifampicin-resistance in males *versus* females with tuberculosis. *Eur Respir J*. 2020;56(3):2000626. doi: <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.00626-2020>. PubMed PMID: 32430421.
11. Chen HG, Wang TW, Cheng QX. Gender and time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a cross-sectional study from China. *Epidemiol Infect*. 2019;147:e94. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0950268819000049>. PubMed PMID: 30869016.
12. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2002.
13. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp 2):1326-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>
14. Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. São Paulo: EDUSP; 1989.
15. Belo MT, Luiz RR, Hanson C, Selig L, Teixeira EG, Chalfoun T, et al. Tuberculosis and gender in a priority city in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2010;36(5):621-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000500015>. PubMed PMID: 21085829.
16. Pereira LFB, Soares DL, Silva TC, Sousa VEC, Caldas AJM. Fatores associados à coinfeção tuberculose/HIV no período 2001–2011. *J Res Fundam Care Online*. 2018;10(4):1026-31.
17. Hupkau C, Petrongolo B. Work, care and gender during the COVID-19 crisis. *Fisc Stud*. 2020;41(3):623-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-5890.12245>. PubMed PMID: 33362313.
18. Santos TA, Martins MMF. Perfil dos casos de reingresso após abandono do tratamento da tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Colet*. 2018;26(3):233-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800030235>
19. Assunção D. Feminismo e Marxismo. São Paulo: Edições Iskra; 2017.
20. Chikovore J, Hart G, Kumwenda M, Chipungu GA, Desmond N, Corbett L. Control, struggle, and emergent masculinities: a qualitative study of men's care-seeking determinants for chronic cough and tuberculosis symptoms in Blantyre, Malawi. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1053. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-1053>. PubMed PMID: PMid:25301572.
21. Yates TA, Atkinson SH. Ironing out sex differences in tuberculosis prevalence. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017;21(5):483-4. doi: <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.17.0194>. PubMed PMID:28399960.
22. Rodrigues L. Estudo revela tamanho da desigualdade de gênero no mercado de trabalho [Internet]. Agência Brasil. 2021 [citado em 2021 maio 17]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2021-03/estudo-revela-tamanho-da-desigualdade-de-genero-no-mercado-de-trabalho>
23. Ros-Sánchez T, Lidón-Cerezuela B. La experiencia del empoderamiento en mujeres mayores de 65 años. *Gerokomos*. 2018;29(1):3-8. doi: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000100003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100003)
24. Villa Vélez L, Arbelaez Montoya MP. Gender differences in the interpretation of experiences of patients with Tuberculosis in Medellín, Colombia. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(2):217-25. doi: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a04>. PubMed PMID:26535843.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações Completas: Campina Grande-PB [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado em 2019 fev 19]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/1V6>
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores IBGE: Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínua – PNAD Contínua, Quarto Trimestre de 2020 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado em 29 mar 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?edicao=30227&t=destaques>
27. Collins C, Landivar LC, Ruppanner L, Scarborough WJ. COVID-19 and gender gap in work hours. *Gend Work Organ*. 2020;28(Suppl 1):101-12. doi: <https://doi.org/10.1111/gwao.12506>. PubMed PMID:32837019.
28. Yang BR, Kang YA, Heo EY, Koo BK, Choi NK, Hwang SS, et al. Regional differences in the incidence of tuberculosis among patients with newly diagnosed diabetes mellitus. *Clin Respir J*. 2018;12(4):1732-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/crj.12737>. PubMed PMID:29105294.
29. Arakawa T, Magnabosco GT, Brunello MEF, Andrade RLP, Saita NM, Monroe AA, et al. Contextos locais e dos sistemas de saúde no controle da tuberculose, estado de São Paulo. *Rev Min Enferm*. 2020;24:e-1296. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200025>
30. Mason PH, Snow K, Asugeni R, Massey PD, Viney K. Tuberculosis and gender in the Asia-Pacific region. *Aust N Z J Public Health*. 2017;41(3):227-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1753-6405.12619>. PubMed PMID: 27960224.

## EDITOR ASSOCIADO

Cristina Lavareda Baixinho



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.