

Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar

HEALTH NEEDS ACCORDING TO THE PERCEPTION OF PEOPLE WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

NECESIDADES EN SALUD SEGÚN PERCEPCIONES DE PERSONAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR

Paula Hino¹, Maria Rita Bertolozzi², Renata Ferreira Takahashi³, Emiko Yoshikawa Egry⁴

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo conhecer as percepções sobre necessidades em saúde de pessoas com tuberculose pulmonar. Trata-se de estudo qualitativo, desenvolvido no distrito administrativo Capão Redondo, São Paulo. Os dados foram coletados em janeiro de 2010 por meio de entrevista semidiretiva. Foram entrevistadas onze pessoas em tratamento contra tuberculose, com idade mínima de 18 anos e sem limites de cognição. O material empírico foi decodificado a partir de técnica de análise de discurso. As percepções sobre necessidades em saúde estão relacionadas às dificuldades enfrentadas no processo saúde-doença, e o reconhecimento das necessidades em saúde mostrou-se condicionado à vigência do agravo à saúde. As necessidades identificadas decorrem de alterações biológicas, do cotidiano e de insuficiências no processo de produção dos serviços de saúde. A qualidade da assistência às pessoas com tuberculose está, entre outros fatores, condicionada à identificação e ao atendimento de suas necessidades em saúde.

DESCRIPTORIOS

Tuberculose
Determinação de necessidades de cuidados de saúde
Necessidades e demandas de Serviços de Saúde
Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the perceptions of people with tuberculosis regarding their health needs. This qualitative study was performed in the administrative district of Capão Redondo, São Paulo. Data collection was performed in January of 2010 via semi-directed interviews. The interviews were conducted with eleven people undergoing tuberculosis treatment. The participants were at least eighteen years of age and presented no cognition limitations. The empirical material was decoded through discourse analysis. The health needs perceptions are related to the difficulties that emerge in the health-disease process, and acknowledging health needs appeared to be tied to the current illness. The identified needs result from biological alterations, changes to their daily lives, and the limited availability of healthcare services. The quality of assistance offered to people with tuberculosis is a condition of factors related to identifying and meeting their health needs.

DESCRIPTORS

Tuberculosis
Needs assessment
Health Services needs and demand
Public health nursing

RESUMEN

Se apuntó a conocer las percepciones sobre necesidades sanitarias de personas con tuberculosis pulmonar. Estudio cualitativo, desarrollado en el distrito administrativo de Capão Redondo-SP. Datos recolectados en enero 2010 mediante entrevista semidirigida. Fueron entrevistadas once personas en tratamiento antituberculoso, con edad mínima de 18 años, sin limitación de tipo educativo. El material empírico se decodificó mediante análisis del discurso. Las percepciones sobre necesidades en salud están relacionadas a las dificultades enfrentadas en el proceso salud-enfermedad y el reconocimiento de necesidades en salud se mostró condicionado a la vigencia del padecimiento. Las necesidades identificadas derivan de alteraciones biológicas y cotidianas, y de insuficiencias en el proceso de producción de los servicios sanitarios. La calidad asistencial a personas con tuberculosis está, entre otras, condicionada a la identificación y atención de sus necesidades sanitarias.

DESCRIPTORES

Tuberculosis
Evaluación de necesidades
Necesidades y demandas de Servicios de Salud
Enfermería en salud pública

¹ Enfermeira. Pós-doutora pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista CNPq. São Paulo, SP, Brasil. paulahino@usp.br ² Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mrbertol@usp.br ³ Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. rftakaha@usp.br ⁴ Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. emiyegry@usp.br

INTRODUÇÃO

A finalidade do trabalho humano consiste na satisfação de necessidades. A intencionalidade presente nos processos de trabalho é social e não individual, de tal modo que o trabalho é orientado pelas necessidades sociais que o justificam. As necessidades em saúde são social e historicamente determinadas, assim como as demais necessidades humanas⁽¹⁾.

As necessidades de saúde estão situadas entre a natureza e a cultura, ou seja, não dizem respeito somente à conservação da vida, mas também à realização de um projeto em que o indivíduo progressivamente se humaniza, atuando como ponte entre o particular e o genérico⁽²⁾.

As necessidades são centrais para o trabalho em saúde e podem funcionar como *analisadoras* das práticas de saúde, uma vez que a integralidade, operacionalizada nos serviços de saúde, pode ser definida como o esforço da equipe de saúde em traduzir e atender, da melhor forma possível, necessidades sempre complexas, captadas em sua expressão individual⁽³⁾.

A tuberculose (TB) é uma doença intimamente relacionada às precárias condições de vida e pode ser compreendida mais apropriadamente à luz da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença. O controle da ocorrência da TB, assim como de toda doença decorrente das desigualdades sociais, requer mudança das condições de vida das pessoas e da organização dos serviços e saúde. Assim sendo, é importante conhecer as necessidades de saúde das pessoas portadoras dessa enfermidade, para que a assistência seja de melhor qualidade e responda apropriadamente a tais necessidades.

A situação socioeconômica interfere de forma significativa na adesão ao tratamento, assim como outros motivos, tais como: efeitos colaterais dos tuberculostáticos, alcoolismo, drogadição, baixa escolaridade, concepção sobre o processo saúde-doença e falta de motivação para realizar o tratamento. Alguns fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento estão relacionados aos serviços de saúde, especialmente a organização do processo de trabalho, a estrutura física e o acesso aos serviços de saúde⁽⁴⁾.

Muitas vezes, o abandono do tratamento quando imputado exclusivamente aos portadores da enfermidade é interpretado de forma limitada, resultando em intervenções de caráter focal, restritas ao indivíduo e relacionadas à face clínica e biológica da doença. Por outro lado, quando a adesão ao tratamento é analisada sob outra ótica, não mais como o resultado de comportamentos e atitudes do indivíduo, mas sim com o intuito de identificar potências para a realização do tratamento, o foco das intervenções amplia-se.

A adesão pode ser compreendida a partir de três planos: o primeiro diz respeito aos aspectos relacionados ao indivíduo com a doença, como sua concepção de saúde-doença; o segundo refere-se ao lugar social ocupado pela pessoa doente e que condiciona o enfrentamento da condição mórbida a partir de distintas possibilidades que envolvem, inclusive, o acesso aos serviços de saúde e o exercício da vida com dignidade, e o terceiro, que envolve o processo de produção da saúde, *lócus* das demandas de saúde e que podem (ou não) ser reconhecidas como necessidades em saúde⁽⁵⁾.

Há três fatos que justificam o presente estudo, a saber: a TB é uma doença socialmente determinada, ou seja, sua ocorrência está associada às formas como se organizam os processos de produção e reprodução social, que estão diretamente relacionados aos modos de viver e trabalhar do indivíduo; as pessoas acometidas por essa doença possuem, além das necessidades em saúde comuns a qualquer indivíduo, necessidades específicas; em geral, as más condições de vida dessas pessoas podem ser consideradas como determinante potencial para o abandono do tratamento. Ademais, a relevância do tema e a ausência de produção científica sobre necessidades de saúde de doentes com TB justificam sua realização.

Frente ao exposto, este estudo tem o objetivo de conhecer as percepções sobre necessidades em saúde de pessoas com tuberculose pulmonar.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa sobre as necessidades em saúde de pessoas com TB, residentes no distrito administrativo do

Capão Redondo, localizado na periferia da região Sul do Município de São Paulo.

Segundo dados da Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), no ano de 2009, a população do Distrito de aproximadamente 272.103 habitantes. A taxa de crescimento foi estimada em 2,9% ao ano e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,782, evidenciando que essa região apresenta desigualdades sociais, com carências sociais importantes.

Os dados foram coletados durante o mês de janeiro de 2010, em duas unidades de Saúde da Família, que apresentaram o maior número de casos notificados de TB em 2009, no Capão Redondo. Os critérios de inclusão dos casos foram: pessoas que estavam em tratamento da TB, com idade igual ou superior a 18 anos e que não apresentavam limites de cognição. Todos os sujeitos que se encaixaram nestes critérios pré-estabelecidos aceitaram participar da pesquisa.

Utilizou-se um instrumento semiestruturado, composto por questões fechadas sobre as variáveis sociodemográficas e o processo saúde-doença e, por uma questão norteadora sobre *Conte-me como foi sua vida após o diagnóstico da TB*. Os prontuários das pessoas com TB foram consultados, quando necessário, no caso das questões sociodemográficas e epidemiológicas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso, permitindo a identificação de duas categorias analíticas: percepções sobre processo saúde-doença e percepções sobre necessidades de saúde. Na contextualização do estudo, foram privilegiadas a profundidade e a literalidade dos discursos dos sujeitos e foram realizadas leituras sucessivas para identificar temas subjacentes. Os discursos são expressões da vida real, contém as visões de mundo das pessoas, as quais se materializam nas representações a respeito dos elementos da realidade objetiva⁽⁶⁻⁷⁾.

Os discursos foram decodificados e sintetizados em frases temáticas, que constituíram as percepções dos depoentes e não os seus depoimentos/discursos. Em seguida, as frases temáticas foram agrupadas segundo núcleos centrais, norteadores da apresentação e da discussão dos resultados. Ressalta-se que nem todas as frases temáticas foram utilizadas na análise, sendo selecionadas apenas as que mais se relacionavam ao objeto de estudo. A Teoria da Determinação Social do processo saúde-doença orientou teoricamente a fase de análise e discussão dos achados deste estudo.

A maioria das entrevistas (n=9) foi realizada na unidade de saúde, por ocasião da vinda do usuário para tomar a dose supervisionada da medicação, consulta médica ou entrega de material para exame. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos e foram realizadas em sala destinada para tal, evitando-se possíveis interferências e para conservar a privacidade dos depoentes. Para assegurar o sigilo das informações e o anonimato das pessoas entrevistadas, os sujeitos foram identificados pela letra E, de 1 a 11.

Em se tratando de pesquisa que envolve seres humanos e atendendo aos preceitos ético-legais da Resolução nº 196/96, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (parecer número 783/2006). Os sujeitos foram convidados a participar e aqueles que concordaram em fazê-lo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistados 11 sujeitos (seis homens e cinco mulheres), entre 20 e 68 anos. A maioria encontrava-se na faixa etária de 20 a 29 anos; havia seis casados, quatro solteiros e um divorciado. Seis eram procedentes de municípios do Nordeste e cinco da região Sudeste. A maioria apresentava baixo nível de escolaridade: nove não con-

cluíram o ensino fundamental e dois eram analfabetos. A média do número de filhos por entrevistado foi de 3,9, sendo o mínimo de um e o máximo de 12 filhos. Quando indagadas sobre a profissão, duas mulheres mencionaram que não trabalhavam fora do domicílio e três trabalhavam como empregadas domésticas. Os demais sujeitos referiram atuar como: auxiliar de hidráulica, cozinheiro, entregador de sorvete, garçonete, pedreiro e jardineiro.

A totalidade das pessoas tinha TB pulmonar e, somente uma apresentava recidiva, sendo que as demais foram classificadas como casos novos. O período de tratamento variou entre menos de um mês a sete meses, sendo que todos se submeteram ao tratamento supervisionado, a maioria na unidade de saúde. No momento da coleta de dados, apenas dois deles realizavam a supervisão medicamentosa no domicílio.

Na análise dos depoimentos, constatou-se que a percepção da pessoa com TB sobre necessidade em saúde estava vinculada às dificuldades enfrentadas na vivência desse agravo. Quando indagados sobre as necessidades de saúde antes do diagnóstico da TB, alguns dos entrevistados negaram sua existência, como evidenciado pelo seguinte depoimento:

(...) não tinha necessidade, pois não sabia que era doente
(...) (E1).

As necessidades relatadas estavam associadas quase sempre a queixas de ordem biológica e às vezes ao cuidado à saúde, como exemplifica o excerto a seguir:

(...) antes da TB, achava que necessidade era só medir pressão, cuidar da anemia (...) (E8).

Assim, pode-se afirmar que o reconhecimento de necessidades em saúde está condicionado à manifestação ou vigência de um agravo à saúde. Foi freqüente a associação entre necessidades em saúde e outras patologias, como *diabetes mellitus*, insuficiência renal, bronquite asmática, gastrite e pneumonia.

A análise das necessidades em saúde identificadas nos depoimentos das pessoas com TB mostra que não estão restritas apenas à esfera biológica, mas que estão associadas à vida das pessoas em sociedade e ao processo de produção dos serviços de saúde, mais especificamente no que se refere à estrutura organizacional dos serviços e à forma como se operacionaliza o modelo assistencial. Não há linearidade a respeito do momento em que se evidenciam as necessidades em saúde, pois algumas estão presentes desde as primeiras manifestações da doença e permanecem até a conclusão do tratamento, enquanto outras surgem no decorrer do tratamento.

Dessa maneira, a primeira necessidade identificada nos relatos surgiu na fase que antecedeu o diagnóstico, por ocasião do aparecimento de sinais e sintomas e das alterações do funcionamento do organismo, como febre, tosse, dor torácica, anorexia, emagrecimento, cansaço,

fraqueza e hemoptise, que levaram os sujeitos da pesquisa a buscar um serviço de saúde. A presença de determinado sinal, como a hemoptise, atribuiu-se maior gravidade, determinando uma ida mais rápida ao serviço de saúde, como revelam os seguintes depoimentos:

(...) como não cuspi sangue, não tinha problema (E6).

(...) pensei que estava tendo um derrame ao escarrar sangue (E3).

Por outro lado, verificou-se certa banalização de tal sintomatologia, ilustrada no depoimento a seguir:

(...) sentia muito calor à noite, febre, perda de peso, não imaginei que poderia ser TB, pensei que era coisa pior (...) (E6).

Neste caso, o diagnóstico da TB causou alívio, o que não deixa de ser curioso. A intensificação da sintomatologia, a passagem por mais de um serviço de saúde, associada à insuficiência de vagas para consultas médicas e à demora na realização de exames, dificultaram a definição do diagnóstico da TB, evidenciando a necessidade de um diagnóstico rápido, preciso e definitivo, que depende do processo de produção de serviços de saúde. Tal necessidade emergiu em uma trama de sentimentos, como medo, ansiedade, fragilidade e insegurança frente à demora do diagnóstico correto, que perduraram ao longo do tratamento, mesmo que ocasionados por outras condições.

Percebe-se que tal necessidade foi satisfeita, pois os entrevistados expressaram sentimentos positivos em relação ao serviço de saúde, ou seja, quando o acesso aos serviços de saúde proporcionou um diagnóstico rápido e seguro, gerou sentimentos de estar sendo cuidado(a). O serviço de saúde foi valorizado por estas pessoas, pois realizou diagnóstico correto e disponibilizou o tratamento, após uma peregrinação por diversos serviços de saúde.

A revelação do diagnóstico de TB, o desconhecimento sobre a doença e os significados atribuídos à enfermidade presentes no imaginário social geraram outras necessidades, tais como: conhecer a doença, saber sobre o tratamento e realizá-lo, receber apoio para compartilhar o diagnóstico com familiares, ser acolhido pelos profissionais para o enfrentamento da doença e lidar com os sentimentos emergentes após o diagnóstico. Tais necessidades estão associadas ao enfrentamento do processo de adoecimento e cura, que incluem conhecimentos sobre a doença, cuidados com a saúde, prevenção da transmissão, seguimento do tratamento medicamentoso e outras alterações na vida decorrentes do processo saúde-doença.

O desconhecimento ou o conhecimento incorreto sobre a doença foi freqüente entre os sujeitos da pesquisa. Alguns acreditavam que o seu adoecimento era resultante da ocorrência prévia de outros agravos, como *gripe forte ou mal curada*, *pneumonia grave* ou de práticas como *pegar chuva*, ou (...) *peguei a TB por utilizar copo sujo em estabelecimentos comerciais* (...) (E1).

O desconhecimento sobre o período de transmissão do Bacilo de Koch ficou evidente na preocupação de uma pessoa que, mesmo faltando um mês para o término do tratamento, referiu medo de transmitir a doença aos filhos ou outros familiares e de morrer e deixar os filhos órfãos.

O receio de ser alvo de discriminação, por estar com uma doença transmissível e da reação dos familiares e amigos frente ao diagnóstico resultou na necessidade de apoio para compartilhar o diagnóstico, pois, como disse um deles:

(...) as pessoas desconhecem a doença e discriminam (...) (E4).

Ainda que muito se tenha progredido graças à transmissão de informações a respeito do assunto, tanto no âmbito dos serviços de saúde como por parte do Programa Nacional de Controle de Tuberculose, que veicula propagandas na televisão, a enfermidade ainda é permeada por estigma, como evidenciam os seguintes depoimentos:

(...) a TB está associada à pessoa que tem HIV (...) (E6).

(...) a TB é uma doença que até o nome é feio (...) (E7).

O preconceito em relação à doença condicionou a reação de alguns doentes, que manifestaram sentir medo das pessoas afastarem-se deles.

O processo de enfrentamento é, em parte, orientado pela compreensão do processo saúde-doença vivenciado, produto de crenças, conhecimentos e vivências sobre o agravo, transmitidas culturalmente no percurso da história e que, associados às vivências com a enfermidade, acabam por mediar esse processo. A interpretação da doença como um castigo divino, porque fez algo que não devia, quando acompanhada de sentimentos negativos como culpa, depressão, preocupação e medo, dificultou a adesão ao tratamento. No entanto, verificou-se que quando a crença estava agregada à força de vontade, esperança em relação à obtenção da cura e à coragem para realizar o tratamento, ela contribuiu para a realização do tratamento.

Nas situações em que as pessoas com TB tinham uma experiência prévia com a doença, como ter conhecido alguém que foi portador da enfermidade e foi curado ou saber que se tratava de doença passível de cura, contribuiu para que lhe atribuíssem o significado de uma doença qualquer, favorecendo a adesão ao tratamento, como mostram os relatos seguintes:

(...) ninguém está imune à doença, é apenas uma doença (...) (E3).

Contribuiu para a continuidade do esquema terapêutico o processo de incorporação do tratamento medicamentoso ao cotidiano, como disse um dos pacientes, que ingere o medicamento da TB como se fosse um remédio qualquer associada à melhora dos sinais e sintomas logo após o início do tratamento. A adesão também foi fortalecida, tendo em vista o desejo da cura e de evitar a transmissão a outras

peças, assim como o receio de ter seu quadro de saúde agravado. No entanto, a melhora foi interpretada como cura por alguns, que se negaram a dar continuidade ao esquema terapêutico, por não se sentirem doentes.

Outro fato, que contribuiu para a adesão ao tratamento foi possuir um projeto de vida. Assim, o seguimento do tratamento constituiu uma necessidade para a consecução de perspectiva para a vida. Ainda, o motivo para continuar o tratamento foi remetido à determinação própria da pessoa, como outro elemento importante no seguimento do tratamento, sendo que, para a maioria, o sucesso também foi obtido devido ao estímulo da família.

A disponibilidade da medicação na rede pública de saúde foi mencionada como outro aspecto favorável ao sucesso do tratamento, pois muitas pessoas com TB admitiram não dispor de recursos financeiros para adquirir a medicação. Ser portador de TB também lhes permitiu agendar consulta médica na unidade de saúde quando houve necessidade, o que nem sempre ocorre para os demais usuários dos serviços.

A incerteza sobre a cura, os efeitos colaterais dos medicamentos e o período de duração do tratamento podem ter dificultado a adesão ao tratamento. Em relação a este último aspecto do tratamento, houve também expressão da crença de que seria mais eficaz e rápido se realizado em regime de internação em instituição de saúde. A duração do tratamento e as dificuldades enfrentadas durante esse período, atreladas à falta de credibilidade no tratamento alopático, fez com que alguns buscassem terapêuticas alternativas como relatado por um dos sujeitos de pesquisa:

(...) para ficar boa, tudo que era lambedô eu queria tomar
(...) (E6).

Alguns deles experimentaram melhora clínica mais lenta e reações mais intensas e duradouras aos medicamentos, condições que requereram a ausência ao trabalho, com risco de perda de emprego. Um dos sujeitos afirmou ter enfrentado dificuldades para o sustento da família, dado que precisou permanecer cerca de quatro meses sem trabalhar.

O fato da TB ter provocado a interrupção das atividades remuneradas, tanto pela debilidade física como pela duração do tratamento, trouxe preocupação especialmente para aqueles que eram chefes de família, reconhecendo-se outra necessidade, a do retorno às atividades laborais para obter o sustento familiar. Da mesma maneira, a necessidade de recuperar a capacidade para o desempenho das atividades do cotidiano via de regra perdida em decorrência da instalação da TB, impulsionou a adesão ao tratamento.

O tratamento supervisionado, a depender do estado de saúde da pessoa, pode ser uma necessidade. Para um dos entrevistados, a realização da supervisão medicamentosa no serviço de saúde não constituiu dificuldade, pois

a ida diária ao serviço de saúde foi incorporada ao seu cotidiano. Já para outros, com um estado de saúde debilitado, o tratamento supervisionado no domicílio configurou uma necessidade de saúde.

No que diz respeito ao âmbito dos serviços de saúde, sentir-se acolhido pelos profissionais de saúde também favoreceu o enfrentamento da doença, uma vez que as pessoas com TB destacaram como necessidade sentir-se bem, ser valorizada e não ser discriminada, levando-as a acreditar que podiam confiar na equipe de saúde, que também desejavam que fossem curadas. Em um excerto de um dos depoimentos evidencia-se a valorização do serviço de saúde, em que o entrevistado afirma que recebeu apoio da equipe de saúde como se fosse de uma família. Assim, a formação de vínculo entre os profissionais e a pessoa com TB foi apontada como outra necessidade.

Quase a totalidade dos sujeitos referiu mudanças de comportamento decorrentes da doença, tanto na forma de pensar a vida, como no cuidado com a própria saúde. A vivência da TB impôs a consciência de se cuidar melhor e a adoção de determinados hábitos, como a necessidade de seguir o tratamento corretamente, comparecer à consulta médica, alimentar-se melhor, evitar tomar chuva, agasalhar-se melhor e dormir mais cedo.

DISCUSSÃO

Os depoimentos dos sujeitos evidenciaram o receio de serem vítimas de preconceito, com o conseqüente isolamento que poderiam vir a sofrer, seja no meio familiar ou no trabalho, motivo pelo qual muitos optaram por não revelar o diagnóstico da doença.

Observa-se que a TB, não só no passado, mas ainda hoje é considerada uma doença que resulta de uma vida dedicada a "excessos", desregrada, acompanhada do uso de drogas ilícitas ou uso abusivo de bebida alcoólica, ao contrário de padrões socialmente aceitáveis. Mesmo após a descoberta de sua cura, observa-se a persistência do estigma, que ainda gera sentimentos diversos, tanto no âmbito individual como coletivo⁽⁸⁾.

A partir do momento em que o profissional de saúde apreende o que vem a ser necessidade de saúde, esta passa a constituir o centro das suas práticas, ajudando-os a realizar uma escuta mais apropriada em relação aos usuários dos serviços de saúde e realizando uma atenção qualificada e humanizada⁽³⁾.

O conhecimento das necessidades de saúde das pessoas com TB permite que a equipe de saúde possa entender e apoiar as situações vividas. Isto ocorre somente com o estabelecimento de uma relação de confiança e de corresponsabilidade entre os sujeitos envolvidos no processo terapêutico. O vínculo que se consolida em tal relação é fundamental para o sucesso do tratamento⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Em um estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) com o

objetivo de avaliar o desempenho dos serviços de saúde no controle da TB identificou-se que os serviços de saúde com menor número de pacientes apresentaram desempenho favorável para o estabelecimento de vínculo entre o doente e o profissional de saúde. Isto denota a disponibilidade de escuta e de estabelecimento de compromisso, o que requer envolvimento e qualificação dos profissionais de saúde na assistência aos casos de TB⁽¹¹⁾.

A interação entre o profissional de saúde e a pessoa com TB interfere imediatamente na adesão ao tratamento, conforme se verificou nos achados do presente estudo. Acredita-se que a adesão está diretamente articulada à satisfação das necessidades em saúde e, assim, propõe que:

(...) não se reduz a um ato de volição, desconectado da realidade do sujeito do doente, mas depende de uma série de intermediações que envolvem o indivíduo, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo, que diz respeito aos processos que levam (ou não) ao desenvolvimento da vida com dignidade⁽⁹⁾.

Pesquisa desenvolvida em Município do Nordeste brasileiro com nove usuários buscou analisar a relação entre as singularidades de abandono do tratamento da TB e a atenção oferecida pela equipe de saúde da família, à luz do conceito de vínculo. Evidenciou-se que a relação terapêutica que envolve o compromisso e o envolvimento entre os doentes e os profissionais de saúde, que fazem com que o usuário sintam-se valorizado favorecem a adesão ao tratamento. Por outro lado, alguns elementos são vistos como dificultadores da adesão, como relações assimétricas, verticais, nas quais o profissional não respeita o projeto de vida do usuário, numa relação de dominação. Ora, tal tipo de atitude opõe-se ao propósito de uma prática humanizada⁽¹²⁾.

Com o objetivo de analisar motivos do abandono do tratamento da TB, foi conduzido um estudo em unidade básica de saúde do Município de João Pessoa, Paraíba, com quatro usuários. Os resultados evidenciaram que motivos são diversos e complexos, estando relacionados ao usuário, ao tratamento medicamentoso e à operacionalização da assistência à saúde.

Para assegurar a adesão ao tratamento, os profissionais de saúde devem conhecer as necessidades de saúde dos usuários e *ajustar* a assistência a elas, desenvolvendo a corresponsabilidade no tratamento, estabelecendo relações pautadas no acolhimento e no vínculo, elementos norteadores das práticas da Estratégia Saúde da Família⁽¹³⁾.

Como potencial para favorecer a adesão da pessoa ao tratamento da TB, destacam-se as tecnologias leves em saúde, que são produzidas nas relações de interação e subjetividade, possibilitadas pelo acolhimento, o vínculo e o estímulo à autonomia⁽¹⁴⁾.

A conduta da equipe de saúde é de extrema importância para o sucesso do tratamento, tanto pelas informações fornecidas, quanto pelo vínculo entre a pessoa com TB e o profissional de saúde. Há necessidade de sensibilização do

doente e família para o agravo, a duração do tratamento, a ocorrência de efeitos colaterais e as conseqüências advindas da interrupção do tratamento⁽⁴⁾. Portanto, a forma como se processa a atenção à saúde da população deve ser reorientada, pautando-se na prática da escuta ativa, do diálogo e da corresponsabilidade⁽¹⁵⁾.

No presente estudo foi possível perceber que algumas necessidades em saúde, na perspectiva das pessoas com TB, estão relacionadas à dimensão biológica e abrangem outras vão além da doença. Assim, a percepção dessas pessoas contribuiu para que suas necessidades sofressem um processo de medicalização.

A medicalização é marca sócio-histórica, em que as de saúde são reduzidas às questões biomédicas. Portanto, tais carecimentos geram conflitos no uso e no processo de produção dos serviços de saúde, focado nas queixas dos usuários. A este respeito, foi conduzido um estudo em quatro municípios brasileiros verificou que, na opinião dos usuários, medicamentos aliados a exames laboratoriais constituíam conduta adequada para o atendimento das necessidades em saúde. Nesse mesmo estudo, profissionais de saúde apontaram dificuldades para desenvolver intervenções voltadas para as necessidades de saúde dos usuários, justificando que estes buscam os serviços de saúde visando ações de cunho curativo. Portanto, ressalta-se a necessidade de desconstruir tal noção de medicalização junto aos usuários e às equipes de saúde, dado que não é a única e tampouco a melhor leitura de necessidades⁽¹⁶⁾.

As necessidades de saúde são produções individuais, mas são histórica e socialmente construídas. Muitas vezes, o que motiva a busca do serviço de saúde é algum *carecimento*⁽¹⁾. Esta forma de apreender as necessidades é hegemônica tanto para o usuário quanto para o profissional de saúde. No trabalho do médico, o olhar está cada vez mais capacitado para diagnosticar carências do corpo⁽¹⁶⁾, descartando a possibilidade de apreensão das necessidades que se referem ao processamento da vida e que não estão restritas à clínica e à biologia, mas que se ampliam para a necessidade fundante do ser humano: a capacidade de se relacionar.

Acredita-se que a prática dos serviços de saúde deve se valer dos avanços tecnológicos que possibilitam uma assistência adequada, mas simultaneamente considerar a determinação social da TB, reconhecendo sua associação com as condições de vida da população.

É fundamental a criação de instrumentos que auxiliem o reconhecimento das necessidades das pessoas com TB para orientar os processos de trabalho, cuja finalidade deve ser a satisfação dessas necessidades. Acredita-se que tais instrumentos poderão contribuir para a prática dos profissionais de saúde, na medida em que há especificidades nas necessidades em saúde desse grupo, face à particularidade da clínica da doença e seu cunho social.

A utilização de uma ferramenta para a leitura de necessidades exige reflexão e qualificação por parte dos profes-

sionais de saúde envolvidos na assistência à TB, considerando a importância da escuta qualificada das necessidades do usuário e as características do processo saúde-doença⁽¹⁷⁾.

Com o objetivo de conhecer o significado do processo saúde-doença pelos doentes que faziam tratamento da TB em um distrito administrativo do Município de São Paulo, foi conduzido um estudo de abordagem qualitativa, exploratório durante o mês de janeiro de 2010. Foi evidenciado que a TB permanece como doença impregnada de estigma, sendo referida como “isto”, “esta doença” e, muitas vezes, não foi ao menos nominada. Uma forma de preconceito manifestada foi o afastamento de amigos, o que induziu ao ocultamento do diagnóstico da doença no ambiente de trabalho. O conhecimento do diagnóstico provocou sentimentos de pânico, agonia, revolta, preocupação, depressão e desânimo, decorrentes do desconhecimento da doença e da possibilidade de cura, afastamento familiar e possibilidade de interromper as atividades de trabalho.

Para ocorrer um maior impacto no controle da TB, espera-se que o serviço de saúde não tenha como principal tarefa apenas tratar o doente, esforços devem ser voltados a uma questão mais ampla, que envolve compreender a situação da TB inserida no contexto das condições de vida da população e o espaço que a envolve⁽¹⁸⁾.

Sendo a TB uma doença socialmente determinada, que incide com maior frequência em pessoas com situação socioeconômica desfavorecida, verifica-se que o estado de pobreza pode contribuir para o abandono do tratamento, constituindo atualmente um dos problemas mais graves relacionados ao controle da doença. Em diversos casos, apesar dos doentes terem acesso gratuito aos tuberculostáticos, suas condições financeiras são insuficientes até mesmo para a aquisição de alimentos, o que torna o apoio social um dos fatores essenciais para melhorar a qualidade de vida, autoestima e autonomia dessas pessoas⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou uma análise da situação da TB na ótica das necessidades de saúde das pessoas com TB

pulmonar. Diante disto, espera-se que os resultados do presente estudo forneçam subsídios para a reorganização das práticas de saúde em unidades de Saúde da Família, que prestam assistência às pessoas em tratamento da TB e que possam contribuir para o conhecimento em enfermagem, além de apoiar e repensar a prática dos profissionais de saúde, à medida que as ações de controle da TB tenham como foco a apreensão e o enfrentamento das necessidades em saúde.

Os resultados permitiram apreender a falta de percepção dos sujeitos da pesquisa em relação ao contexto social de vida que pode ter favorecido o acometimento pela TB. Trata-se de uma discussão fundamental, pois, enquanto os serviços de saúde estiverem somente fazendo baciloscopia e oferecendo tratamento medicamentoso, sem oferecer respostas às necessidades sociais dessas pessoas, por meio de parcerias com outras instâncias do governo local, a TB continuará afetando as camadas mais desfavorecidas da população.

Ressalta-se a importância da promoção de debates com a equipe de saúde que atua na área da Saúde Coletiva a respeito do conceito de necessidades de saúde numa perspectiva operacional, para sua compreensão, considerando a dupla-face indivíduo/coletivo, ou seja, necessidades individuais específicas que sempre se referem ao espaço que a pessoa com TB ocupa na sociedade, o que faz emergir particularidades, e as necessidades no âmbito do coletivo. Portanto, cabe ao profissional de saúde abrir-se para a apreensão das necessidades e traduzi-las, de forma a buscar atendê-las, apesar dos limites existentes no processo de produção dos serviços de saúde.

É importante que a incorporação desta temática ocorra desde a formação na graduação dos profissionais de saúde, para que estejam alertas e aprendam a lidar com as necessidades de saúde da população no cotidiano da assistência. Aprender a escutar as necessidades de saúde requer transcender a representação de que a saúde limita-se ao caráter clínico e de intervenção, mas se refere à necessidade de interagir com os usuários dos serviços visando à sua emancipação no cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.
2. Melo-Filho DA. Repensando os desafios de Ulisses e Fausto: a saúde, o indivíduo e a história. *Cad Saúde Pública*. 1995;11(1):5-33.
3. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p.113-26.
4. Rodrigues ILA, Monteiro LL, Pacheco RHB, Silva SED. Abandonment of tuberculosis treatment among patients co-infected with TB/HIV. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2011 Nov 17];44(2):383-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_20.pdf
5. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. The vulnerability and the compliance in Collective Health. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2011 Nov 17];43(spe 2):1326-30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a31v43s2.pdf

6. Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. São Paulo: Ática; 1991.
7. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. São Paulo: Ática; 2006.
8. Porto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. Rev Saúde Pública. 2007;41 Supl 1:43-9.
9. Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da Tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado ("DOTS") no município de São Paulo [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
10. Gomes ALC, Sá LD. The concepts of bonding and the relation with tuberculosis control. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2011 Nov 17];43(2):365-72. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a16v43n2.pdf
11. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcêncio RA, Gonzáles RIC, Villa TCS, et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. Acta Paul Enferm. 2009;22(2):176-82.
12. Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Tuberculosis treatment drop out and relations of bonding to the family health team. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2011 Nov 17];44(4): 904-11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_07.pdf
13. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. Texto Contexto Enferm. 2007;16(4):712-8.
14. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
15. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(3):929-36.
16. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cad Saúde Pública. 2010;26(5):961-70.
17. Hino P, Ciosak SI, Fonseca RMGS, Egry EY. Health needs & primary care: validation of the needs assessment tool. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2011 Nov 17];43(spe 2):1156-67. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a03v43s2.pdf
18. Hino P, Villa TCS, Bertolozzi MR, Egry EY. The health-disease process from the perspective of patients being treated for tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(11):S312-3.
19. Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersectorality and bonding in tuberculosis control in family health. Rev Latino Am Enferm. 2011;19(2):387-95.