

Conocimiento del equipo de Salud de la Familia acerca de las necesidades de salud de las personas con tuberculosis

Paula Hino¹

Renata Ferreira Takahashi²

Maria Rita Bertolozzi³

Tereza Cristina Scatena Villa⁴

Emiko Yoshikawa Egry⁵

Los objetivos del estudio fueron conocer concepciones sobre la tuberculosis y las necesidades de salud, y describir la asistencia realizada a las personas con tuberculosis, en la perspectiva de los profesionales de la salud. Se trata de un estudio cualitativo desarrollado en dos unidades de salud de la familia en Capao Redondo, Sao Paulo; los datos fueron recolectados por medio de entrevista abierta, en enero de 2010, sometidos a la técnica de análisis de discurso, resultando en tres categorías: significados atribuidos a la tuberculosis, significados atribuidos a las necesidades de salud y características de la asistencia. Las concepciones sobre la enfermedad están basadas en la teoría de la multicausalidad del proceso salud-enfermedad. La asistencia se caracteriza por intervenciones que extrapolan la dimensión biológica. Las condiciones precarias de vida definen las necesidades de la mayoría de las personas con tuberculosis, pudiendo ser más importantes para los enfermos que el propio diagnóstico de la enfermedad, influenciando la adhesión al tratamiento y debiendo tener mayor relevancia en la asistencia.

Descriptores: Evaluación de Necesidades; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Tuberculosis.

¹ Enfermera, Estudiante de postdoctorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. Becario del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). E-mail: paulahino@yahoo.com.br.

² Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: rftakaha@usp.br.

³ Enfermera, Doctor en Salud Publica, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: mrbertol@usp.br.

⁴ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br.

⁵ Enfermeira, Doctor en Salud Publica, Profesor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: emiyegry@usp.br.

Correspondencia:

Paula Hino
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: paulahino@yahoo.com.br

Conhecimento da equipe de saúde da família acerca das necessidades de saúde das pessoas com tuberculose

Os objetivos do estudo foram conhecer concepções sobre tuberculose e necessidades de saúde e descrever o tipo de assistência prestada às pessoas com tuberculose, pelos profissionais de saúde. Trata-se de estudo qualitativo desenvolvido em duas unidades de saúde da família de Capão Redondo, São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta, em janeiro de 2010, submetidos à técnica de análise de discurso, resultando em três categorias: significados atribuídos à tuberculose, significados atribuídos às necessidades de saúde e características da assistência. As concepções sobre a doença estão ancoradas na teoria da multicausalidade do processo saúde/doença. A assistência se caracteriza por intervenções que extrapolam a dimensão biológica. As condições precárias de vida definem as necessidades da maioria das pessoas com tuberculose, podendo ser mais importantes para os doentes do que o próprio diagnóstico da doença, influenciando a adesão ao tratamento e devendo ter maior relevância na assistência.

Descritores: Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Tuberculose.

Family health team knowledge concerning the health needs of people with tuberculosis

The purposes of the study were to get to know conceptions on tuberculosis and health needs and to describe the care provided to people with tuberculosis, according to health professionals' perspective. Qualitative study developed at family health units in Capão Redondo, São Paulo. The data were collected through open interviews in January 2010 and submitted to discourse analysis, resulting in three categories: meanings attributed to tuberculosis and health needs and care characteristics. The conceptions regarding the disease are supported by the multi-causal theory of the health-disease process. The care is characterized by interventions that go beyond the biological dimension. The precarious living conditions define the needs of most people with tuberculosis, and can be more important to the ill than the very diagnosis of the disease, influencing treatment adherence, and should gain relevance in care.

Descriptors: Needs Assessment; Health Services Needs and Demand; Tuberculosis.

Introducción

El marco de implementación de las prácticas en salud colectiva ha sido la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), considerando que es el espacio de articulación entre los servicios de salud, la población y el local en donde pueden ser reconocidas las necesidades de salud⁽¹⁾. Estas son, social y históricamente determinadas, se sitúan entre la naturaleza y la cultura, o sea, no se refieren solamente a la conservación de la vida, pero también a la realización de un proyecto de vida en que el individuo progresivamente se humaniza⁽²⁾. En la dialéctica de la satisfacción de las necesidades se considera que pueden ser técnicamente

definidas sin que sean sentidas y, cuando sentidas y manifestadas, pueden o no transformarse en demandas a los servicios de salud⁽³⁾.

La dificultad de aprehensión de las necesidades de salud de la población exige la superación de la visión centrada en la enfermedad como el único medio de enfrentamiento de las quejas de los usuarios, que representan sus problemas de salud⁽⁴⁾. Para esto, las acciones de salud deben dirigirse a atender las necesidades percibidas por los usuarios, en sus dimensiones biopsicosociales⁽⁵⁾. Teniendo en vista que tales necesidades deben ser el objeto de las

intervenciones, se considera que la operacionalización del concepto de necesidades, por los profesionales de salud, constituye un aspecto potencial para la mejoría de una de sus prácticas - la escucha activa de los usuarios de los servicios de salud -, esencial en su captación⁽⁶⁾.

Se cree que la adhesión al tratamiento ocurre cuando el usuario percibe que sus necesidades son valorizadas y satisfechas por los profesionales de la salud. De esta forma, el conocimiento de las necesidades de salud de las personas con tuberculosis (Tb), permitirá que el equipo de salud reoriente sus prácticas, objetivando la mejoría de la asistencia prestada. Los usuarios de los servicios de salud con Tb poseen necesidades en salud comunes a cualquier persona y, necesidades específicas, provenientes de características de esa enfermedad, entre las cuales se destacan la transmisibilidad y el tipo y duración del tratamiento. Además de eso, frecuentemente, las condiciones de vida de las personas con Tb, son precarias, lo que puede influenciar en la adhesión al tratamiento y ampliar sus necesidades.

Es indiscutible que la adhesión al tratamiento medicamentoso depende, también, de la forma como la persona es acogida por el equipo y servicio de salud, o sea, está condicionada a la humanización de la asistencia, que envuelve una relación de confianza y vínculo entre los usuarios y profesionales. Además de eso, se sabe que los comportamientos de las personas acometidas por agravios a la salud son orientados por sus concepciones sobre el proceso salud-enfermedad experimentado. Por otro lado, poco se conoce de las concepciones de los profesionales de salud sobre las necesidades de la salud, a pesar de que se reconozca que sus prácticas deben ser pautadas en esas necesidades.

Delante de lo expuesto, la presente investigación fue desarrollada con los objetivos de conocer las concepciones sobre la enfermedad y las necesidades de salud de personas con Tb, y describir la asistencia realizada a las personas con Tb, matriculadas en servicios de salud del distrito administrativo de Capao Redondo, localizado en la zona sur del Municipio de Sao Paulo, bajo la perspectiva de los profesionales de salud.

Metodología

Se trata de un estudio exploratorio, de abordaje cualitativo realizado en dos unidades de salud de la familia, que presentaron el mayor número de casos de Tb en relación a las demás unidades de salud del distrito administrativo de Capao Redondo. El grupo de estudio fue constituido por los profesionales de salud responsables

por la asistencia a las personas con Tb, que hacían tratamiento en estos servicios de salud en el período de la recolección de datos.

En la recolección de los datos se utilizó un instrumento semi-estructurado con preguntas cerradas para obtener el perfil de los profesionales de salud y, preguntas orientadoras que objetivaron captar las concepciones sobre la Tb y las necesidades de la salud, y la caracterización de la asistencia. Las entrevistas fueron realizadas en el mes de enero de 2010, en una sala con privacidad en las dependencias de la propia unidad de salud, con duración promedio de quince minutos. Las declaraciones fueron grabadas y transcritas totalmente por la propia investigadora. El análisis de las declaraciones fue realizado por medio de la técnica de análisis de discurso⁽⁷⁾, la que permitió identificar tres categorías analíticas: significados atribuidos a la Tb, significados atribuidos a las necesidades de salud de personas con Tb y características de la asistencia. El proyecto de investigación fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo y por la Secretaría Municipal de Salud del Municipio de Sao Paulo. Los profesionales de la salud, que aceptaron participar del estudio, firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado, siendo garantizado el anonimato y sigilo de las informaciones. Con la finalidad de garantizar la confidencialidad del estudio, no fueron divulgados los nombres de las unidades de salud de la familia que hicieron parte de la presente investigación.

Resultados

Descripción de los sujetos

El grupo de entrevistados fue compuesto por 16 trabajadores, siendo 04 médicos, 04 enfermeros, 04 auxiliares de enfermería y 04 agentes comunitario de salud (ACS). En relación a la escolaridad, ocho (50%) poseían nivel superior y, los demás, el segundo grado completo. El promedio de las edades fue de 38 años, siendo la edad mínima y máxima, 26 y 59 años, respectivamente; apenas cuatro, eran del sexo masculino; diez, eran casados, cinco solteros y uno viudo. El número de hijos relatado varió entre cero y cuatro. Cuando cuestionados sobre la formación complementaria, apenas los profesionales de nivel superior refirieron haber realizado cursos: residencia médica en ginecología, pediatría y medicina de la familia, para los médicos, y, los enfermeros, posgraduación senso lato en salud colectiva con énfasis en programa de salud de la familia, además de cardiología, unidad de terapia intensiva, emergencia y gestión en salud. El tempo de actuación, en

las unidades de salud investigadas, varió de menos de un año a más de ocho años, siendo que para la mitad de los profesionales, el tiempo fue de uno a tres años.

A seguir, están descritas las tres categorías analíticas: significados atribuidos a la Tb, significados atribuidos a las necesidades de salud de personas con Tb y características de la asistencia, que se presentan en dos tópicos, debido a la superposición de contenido de las dos primeras.

Caracterización de la asistencia

Algunos profesionales de salud calificaron la asistencia prestada a las personas con Tb como gratificante, al observar la mejoría de la persona, como fruto del tratamiento pautado en protocolos, lo que fue considerado como orientador y facilitador de la asistencia. También, consideraron que la intervención junto a la persona con Tb, matriculada en la unidad de salud de la ESF, se torna más fácil que en otros servicios de salud, conforme la declaración de uno de los médicos: *la ACS ya captó al enfermo primero, después viene a través de la SUVIS, ya viene casi con el diagnóstico* (Médico 3). Otros profesionales evaluaron la asistencia como difícil, consecuencia de comportamientos de rebeldía adoptados por algunas personas con Tb durante el período de tratamiento.

Las actividades mencionadas por los profesionales de salud, relacionadas a la asistencia a la persona con Tb, fueron: realización de visita domiciliaria para verificar las condiciones de la familia y de la vivienda, orientación sobre la enfermedad, tratamiento y otros aspectos relacionados a la salud, realización de busca activa, investigación de sintomáticos respiratorios, realización de control de comunicantes, acompañamiento del tratamiento del enfermo, realizando la prevención del abandono. El incentivo al tratamiento fue considerado absolutamente necesario, ya que muchos enfermos, con la mejoría de los síntomas, recusan continuar el tratamiento, o al contrario, si la ingestión regular de medicamentos, por un corto período, no resulta en la mejoría de los síntomas, el enfermo interpreta que el tratamiento no es eficaz, lo que puede interferir en la adhesión al tratamiento.

Las actividades facilitadoras de la asistencia al enfermo en la ESF mencionadas fueron: establecimiento de vínculo con el enfermo y su familia, que representa el involucramiento del equipo con cada uno, el conocimiento compartido con la clientela de que la Tb es una enfermedad curable, la disponibilidad de los incentivos a las personas con Tb durante el tratamiento, como bocadillos, cesta básica y pases de transporte. En relación a las dificultades, los profesionales de salud las relacionaron a no aceptar la enfermedad, a la falta de adhesión al tratamiento, a la falta de apoyo familiar, a condiciones precarias de vida,

a hábitos de vida (como el alcoholismo y uso abusivo de drogas), al cambio constante de dirección domiciliar, al desconocimiento sobre la enfermedad, entre otros.

En el escenario del presente estudio, el Tratamiento Supervisado (TS) se realiza, preferencialmente, en la unidad de salud, siendo que la supervisión en el domicilio es indicada, excepcionalmente, para aquellas personas con dificultad de adhesión al tratamiento o que están muy debilitadas y no pueden comparecer al servicio de salud para esa actividad. En un caso, en que el equipo de salud optó por la conducción del TS en el domicilio, su realización fue evaluada por el enfermero como un "trastorno", ya que la necesidad de disponer de un profesional para realizar el TS no siempre es posible, ya que el equipo no posee profesionales suficientes para prestar asistencia a una única persona, considerando la existencia de otras prioridades en el servicio de salud. Este hallazgo es importante, ya que evidencia la necesidad de debatir con los profesionales, la relevancia y la contribución del TS en el tratamiento de la Tb.

Por otro lado, los profesionales de salud refirieron que la realización del TS en el domicilio permite, además de la observación de la ingestión de los medicamentos, desarrollar acciones educativas de acuerdo con las condiciones reales de la persona, relacionadas a la alimentación, higiene de la vivienda y otros cuidados relativos a la salud, ya que ocurre en el local de la residencia y junto a la familia.

En la óptica de los profesionales de salud la ocurrencia de la Tb está relacionada a las condiciones precarias de vida, a la situación de pobreza, a la aglomeración de personas, a la vivienda con malas condiciones de habitación y con muchos habitantes, al desempleo, al alcoholismo, a la drogadicción, a la mala alimentación, a la desestructuración familiar y a las personas viviendo en la calle, determinantes estos que, admitieron, dificultar la adhesión del enfermo al tratamiento. También, que la transmisión del bacilo de Koch está relacionada a la aglomeración de varias personas en un mismo cuarto y a las condiciones de habitación, como evidencia la declaración de una ACS: *hay falta de higiene, la casa es sucia, muy cerrada, sin ventanas, el piso es rústico* (ACS 2).

El impacto causado por la revelación del diagnóstico de Tb, en la visión de los profesionales de salud, se revela, a veces, en la reacción de las personas que no aceptan la enfermedad, tanto por el hecho de no considerarse enfermo, como también por creer que la enfermedad no tiene cura. Además de eso, relataron que la demora en procurar los servicios de salud, el prejuicio que persiste en relación a la Tb, dificultan y retardan el diagnóstico de la enfermedad, ya que muchas personas se sienten

avergonzadas y demoran para procurar el servicio de salud y, muchas veces, no revelan el diagnóstico a la familia y amigos. También, afirmaron que cuando existe una co-infección Tb-Sida, la aceptación de la primera es más difícil, con base en el comportamiento de una persona en tratamiento de esas dos enfermedades.

Además, el desconocimiento de las personas sobre las señales y síntomas de la enfermedad tiene como resultado que no busquen asistencia médica y, cuando son finalmente diagnosticadas ya presentan debilidad física acentuada.

Para algunos profesionales de la salud, muchas personas con Tb se muestran resistentes a la realización del tratamiento, principalmente en los primeros meses, debido a las creencias religiosas, siendo reacios en tomar la medicación, por creer en la cura por la fe que poseen. El relato a seguir ilustra esa situación, en que el equipo fue informado por el vecino de una persona en tratamiento de Tb, que estaban siendo engañados: *no tomaba la medicación y le pedía a la madre escupir en el frasco para dar negativo* (Médico 3). Los profesionales declaran ser imprescindible para la adhesión al tratamiento, el acompañamiento psicológico de esas personas, asociada a las informaciones sobre la enfermedad y tratamiento.

La negación de la enfermedad puede ocurrir hasta mismo por parte del profesional de salud, ya que hubo un relato en que delante del resultado positivo de una cultura de secreción bronquial, uno de ellos dudó en aceptar la enfermedad y el tratamiento, lo que requirió una intervención del equipo para sensibilizarlo sobre la importancia del tratamiento en su totalidad.

También, para los profesionales el hecho de que la persona con Tb no se reconoce como fuente de infección evidencia la necesidad de reflexionar con el enfermo sobre su comportamiento, como agente de diseminación de la bacteria, caso no realice el tratamiento correctamente. También fueron relatados casos en que la persona, consciente de la posibilidad de transmitir el bacilo, se siente avergonzada en ser fuente de infección.

Considerando que el tratamiento puede ser prorrogado por más de los seis meses preconizados por el Programa Nacional de Controle de la Tuberculosis, en los casos en que es irregular o incompleto, los profesionales de salud refirieron ser fundamental la participación de por lo menos un familiar en el proceso del tratamiento de la Tb, objetivando estimular la adhesión. En muchas situaciones, frente a la desestructuración familiar, la persona con Tb no tiene apoyo de los familiares para el enfrentamiento de la enfermedad, como relata la siguiente declaración: *la familia fue al servicio de salud y declaró que no lo querían más a él en la casa porque estaba tosiendo* (Enf 2).

Significados atribuidos a la tuberculosis y a las necesidades de la salud

Los profesionales de la salud consideraron que las necesidades de la salud de las personas con Tb están relacionadas, primeramente, a la dimensión biológica y son producto de la manifestación de señales y síntomas de la enfermedad, como adelgazamiento, tos persistente, debilidad física, inapetencia, entre otros. Así, una de las primeras necesidades por ellos identificadas fue la confirmación del diagnóstico de la Tb, que surge luego después de la identificación del sintomático respiratorio, sea en la comunidad o en el servicio de salud.

El equipo consideró, también, que las personas con Tb tienen necesidad de asistencia odontológica, psicológica y nutricional, debiendo así ser encaminados para el equipo del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF). La necesidad de acompañamiento psicológico fue relatada como esencial para las personas con dificultad de aceptar la enfermedad y el tratamiento, teniendo en vista la adhesión al tratamiento. Por lo tanto, se verificó que coexisten necesidades que extrapolan la enfermedad, entre las cuales se destacaron las necesidades sociales.

En determinadas situaciones de pobreza, las orientaciones y los incentivos recibidos durante el tratamiento, como alimentación diaria, pase de autobús y cesta básica son insuficientes para la adhesión, según los profesionales. Las condiciones de vida son tan precarias que la Tb constituye otro problema a ser enfrentado, no el principal, ya que coexisten con otras necesidades anteriores y más intensas que la Tb. Esas situaciones exigen del equipo de salud la integración con otros servicios de la comunidad para obtención de ítems básicos para la sobrevivencia de cualquier ciudadano, como colchón, cama, gas de cocina, entre otros. Fue relatado que la baja condición social de algunas personas con Tb es tan evidente, que si no buscan soluciones para su mejoría, la persona enferma no consigue realizar el tratamiento hasta el final, en especial los casos con extrema pobreza, asociado al uso abusivo de alcohol y drogas, conforme evidenciado en el declaración siguiente: *en este caso, el tratamiento de la Tb era el menor problema para él* (Médico 1).

La necesidad de cuidados de higiene tanto de la vivienda como personal, refleja la condición de la Tb estar ligada a las bajas condiciones de vida, como muestra la frase a seguir: *él precisaba de mucha cosa, de lo básico de lo básico* (Enf 3). Además de eso, la baja escolaridad de los enfermos se refleja en el desconocimiento de la enfermedad, lo que dificulta la comprensión sobre su condición de enfermo y la posibilidad de transmisión del bacilo. El autocuidado perjudicado está presente en

habitantes de la calle y también en las personas con Tb que no cuidan de su higiene personal y no tiene interés o no consiguen cuidar de la salud.

Los instrumentos utilizados para el reconocimiento de las necesidades de salud de las personas con Tb, mencionados por los entrevistados, fueron: visita domiciliaria, trabajo del ACS, reunión del equipo, consulta médica y de enfermería, asistencia del equipo del NASF y realización de los exámenes de laboratorio. La visita domiciliaria fue el instrumento mencionado con mayor frecuencia por los profesionales de salud para la identificación y reconocimiento de las necesidades de salud, en la medida en que posibilita conocer el contexto familiar de la persona con Tb, siendo un importante medio para detectar aspectos que puedan dificultar o impedir la realización del tratamiento de forma adecuada.

Un caso relatado por una auxiliar de enfermería llamó la atención del equipo: en la realización de una visita domiciliaria a un dependiente químico con tratamiento irregular constató que la persona no quería tomar la medicación y pasaba la mayor parte del día escondido en el sótano de su casa, comportamiento interpretado como "fuga" de la realidad. En este caso, a pedido de la madre al equipo para que realizase una visita al hijo contribuyó para que, a través de esa actividad, se conociese las condiciones de vida y se identificase la necesidad de retirarlo del medio en que vivía para que pudiese realizar el tratamiento con suceso.

La búsqueda de apoyo e inclusión de la familia en el tratamiento de la Tb, por los profesionales, es más frecuente en los casos de personas que habitan en la calle. Fueron relatadas situaciones en que el equipo de salud buscó un familiar del enfermo y le pidió que lo abrigase por lo menos durante el tratamiento para que, posteriormente, después de su restablecimiento pudiese buscar un trabajo objetivando el auto-sustento.

Los profesionales consideraron que el diálogo continuo con la persona con Tb y su familia, en el cual orientan, aclaran dudas y estimulan el tratamiento, propicia la formación de un vínculo, lo que es fundamental para el suceso del tratamiento. Resaltaron, también, la importancia del acceso, de esas personas, al conocimiento sobre la enfermedad, tratamiento y otros recursos disponibles para el control de la enfermedad, como el control de los comunicantes, objetivando atribuirles responsabilidad por la propia salud y posibilitándoles una actuación central en la cura y en la prevención de la transmisión de la enfermedad, contribuyendo con su empoderamiento.

El enfrentamiento de las necesidades de salud fue cualificado con "tranquilo" y gratificante, pero en la mayoría de las declaraciones fue relatado como "muy difícil". Las dificultades se inician antes del diagnóstico de la Tb, en la realización de exámenes por los sintomáticos respiratorios, que se niegan a realizar exámenes diagnósticos o presentan dificultades para recolectar secreción para examen bacilosκόpico, mismo con la facilidad de proveer por medio del ACS los recipientes para recolección en el domicilio. La frase siguiente ejemplifica la justificación de uno de ellos: *ah, yo salí ayer, llegué y fui a dormir o coloqué el frasco encima del armario y no lo vi, no recordé (ACS 1).*

Las formas de enfrentamiento de las necesidades de salud, relatadas por los profesionales de salud, fueron: realización de la visita domiciliaria para conocer las reales condiciones de vida y ambiente del enfermo y familia, discusiones de los casos en equipo, orientación y conversaciones con la persona con Tb y su familia, control de los comunicantes, realización del TS en el domicilio y búsqueda de apoyo de algún familiar. El enfrentamiento de las necesidades demanda reuniones no apenas del equipo de salud para la búsqueda de soluciones, pero también la realización de encuentros del equipo con el enfermo y la familia, para orientar sobre la enfermedad y tratamiento, así como la necesidad de cuidar mejor de la salud. Otra forma de enfrentamiento mencionada fue la internación en Campos de Jordao, considerada como una oportunidad de la persona - con condiciones precarias de vida - huir de su situación de miseria y recibir el tratamiento en otro local. La práctica de esa modalidad de tratamiento fue considerada, por los profesionales de salud, como positiva en los casos en que el equipo diagnostica dificultad de la persona con Tb en realizar el tratamiento si permanece en el medio en que vive, situación frecuente en casos de dependencia química y de extrema miseria, como personas que habitan en la calle.

En el caso de personas con Tb que se recusan a realizar el tratamiento es necesario buscar otras estrategias de enfrentamiento, lo que exige movilización y empeño del equipo de salud, por medio de un trabajo de sensibilización del enfermo para que tenga adhesión al tratamiento, ya que muchas veces, sin intervención y apoyo, la persona continua viviendo de la misma manera, realizando el tratamiento de forma irregular o abandonándolo. Por lo tanto, encontrar estrategias, en que se ofrece apoyo social, por medio de la articulación con otros servicios pertenecientes a los demás órganos sociales del Estado, con personas o organizaciones no-gubernamentales, se define como de importancia fundamental en ese contexto.

Discusión

La magnitud de la Tb asociada a la problemática de la adhesión al tratamiento y al desarrollo de la multiresistencia a las drogas, requiere de los servicios de salud, el conocimiento de las demandas de personas portadoras de esa enfermedad, para que los profesionales respondan apropiadamente a sus necesidades de salud. Los relatos de los profesionales de salud permitieron identificar sus concepciones y experiencias en el acompañamiento de las personas con Tb, en tratamiento en las unidades de salud de la familia, así como la vivencia de estos enfermos, el impacto frente al diagnóstico y sus necesidades de salud.

Algunos profesionales de salud mencionan el vínculo, el trabajo en equipo, el incentivo a la cura de la persona, como facilidades en la asistencia a la Tb en el contexto de la ESF. Como dificultades fueron relatadas: el no aceptar la enfermedad, la no adhesión al tratamiento, la falta de apoyo familiar, el desconocimiento de la enfermedad, los hábitos de alcoholismo y la drogadicción, la falta de vivienda fija, entre otras. La importancia de la incorporación, de por lo menos, un miembro de la familia para realizar la supervisión medicamentosa fue considerada fundamental en la adhesión al tratamiento. Diversos estudios evidenciaron experiencias en que el TS fue realizado por un miembro de la familia y no por un profesional de salud, alcanzándose tasas de cura por arriba del 85% que es preconizado por el Ministerio de la Salud para el control de la Tb⁽⁸⁻⁹⁾.

Relataron dificultades en relación a la familia de la persona con Tb: cómo lidiar con la enfermedad, no saber, muchas veces, como enfrentar la situación o cómo ofrecer soporte al enfermo. Por lo tanto, el abordaje de la familia y la formación de vínculo con el equipo de salud fueron consideradas fundamentales para la comprensión de la enfermedad y tratamiento, así como la importancia del cuidado con la salud.

El esclarecimiento sobre la enfermedad y tratamiento y la importancia de seguir el esquema terapéutico, mismo después de la mejoría de los síntomas, son factores que influyen en la adhesión al tratamiento, dada su vinculación a la sensibilización de la persona sobre su agravio. La falta de conocimiento sobre la Tb, existencia de tratamiento y posibilidad de cura repercute en la constitución de un problema frecuente en el control de cualquier enfermedad, que es el abandono del tratamiento⁽¹⁰⁾.

Como el tratamiento de la Tb es realizado apenas en los servicios públicos de salud, estos son espacios privilegiados para la divulgación de informaciones sobre la enfermedad y la posibilidad de tratamiento y cura, siendo

considerado un ambiente propicio para el establecimiento de una relación de vínculo y confianza con los profesionales de salud. En el inicio de 2010, fue conducida por el Núcleo de Investigaciones de la Universidad Federal Fluminense*, una investigación de opinión pública con habitantes de las 26 capitales de Brasil y del Distrito Federal, revelando que la falta de información sobre la Tb es, también, uno de los principales desafíos para el control de la enfermedad. Las reacciones de las personas próximas al enfermo después del diagnóstico de la enfermedad, mencionadas con mayor frecuencia fueron: separación de cubiertos, platos y objetos personales, y evitar contacto próximo. Del total de entrevistados, apenas 27,2% declararon que nada cambió en las interacciones en el domicilio, con la confirmación del diagnóstico de Tb. Además de eso, la mayoría de las personas entrevistadas pensó ser necesaria la internación para tratamiento de la Tb.

Al tomar conocimiento de su diagnóstico de Tb, la reacción inicial de la mayoría de las personas es de miedo, recusa e inseguridad, siendo que muchos creen que la Tb es una enfermedad incurable⁽¹⁰⁾. De esa manera, es importante que el profesional de salud esté sensibilizado sobre el hecho de que la persona puede requerir soporte psicológico para enfrentar la enfermedad y el tratamiento⁽¹¹⁾. Por lo tanto, la asistencia a las personas con Tb además de la ingestión medicamentosa, exige preparación de los profesionales para lidiar con las numerosas necesidades y demandas de los enfermos⁽¹²⁾.

Estudios sobre los aspectos que envuelven la revelación del diagnóstico de la infección por el HIV en niños y adolescentes revelan que a pesar del impacto inicial, el conocimiento del diagnóstico repercutió positivamente sobre los cuidados de salud, con la mejoría del diálogo entre los padres o cuidadores y el equipo de salud. Sin embargo, se destaca la necesidad de apoyar activamente al adolescente después de la revelación de su estado de salud para posibles conflictos y dificultades que puedan surgir, así como el trabajo de reducción del estigma sobre la enfermedad⁽¹³⁾.

Según los profesionales de la salud, las necesidades de la salud de las personas con Tb están relacionadas a las señales y síntomas de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento y, asociadas a la condición social y otras situaciones que no derivan del diagnóstico, como necesidad de atención odontológica, psicológica y nutricional, entre otras. Las condiciones precarias de vida que acometen a la mayoría de las personas con Tb pueden interferir de forma significativa en la adhesión al tratamiento, siendo uno de los principales motivos que lleva al abandono del tratamiento.

* Investigación realizada por el Instituto DATA UFF y proyecto Fondo Global Tuberculosis Brasil.

Es fundamental que el equipo de salud considere los motivos que llevan a la persona a adherir o abandonar el tratamiento de la Tb. La adhesión al tratamiento proviene del vínculo establecido entre profesionales de la salud y personas con Tb, de la humanización de la asistencia y, también, de la valorización de las necesidades sentidas por esas personas. La construcción de un concepto más operacional de necesidades de salud por el equipo de la salud, es considerado un dispositivo para calificar y humanizar los servicios de salud⁽¹⁴⁾. Por lo tanto, para el reconocimiento de las necesidades de salud, instrumentos de captación de necesidades de salud pueden facilitar y apoyar la toma de decisiones, ya que permiten recolectar de forma sistemática, las reales necesidades relacionadas a la salud, además de traer contribuciones para su enfrentamiento en la práctica de la ESF⁽¹⁵⁾.

Consideraciones finales

El análisis de las declaraciones permitió identificar las concepciones sobre la Tb y las necesidades de salud, y las características de la asistencia a personas con Tb, bajo la perspectiva de los profesionales de salud, teniendo como eje, las necesidades de salud de esas personas. Se resalta que el suceso del tratamiento envuelve cuestiones que van más allá de la ingestión regular de los medicamentos, como alimentación, condiciones de habitación, empleo, acceso a la información y al servicio de salud, así como el establecimiento de vínculo con el equipo de salud.

La calidad de la asistencia en el control de la Tb, requiere de los profesionales de salud, una práctica impregnada con la ausencia de prejuicio, aceptación de la persona con Tb y disposición de actuar, comprendiendo la problemática social presente en la ocurrencia y manifestación de esa enfermedad en determinadas personas. El estudio evidenció que es fundamental compartir las experiencias profesionales, cuyos actores en su cotidiano, desempeñan la función de acompañar la clientela, con el objetivo de adoptar prácticas saludables, además de demostrar las posibilidades que los profesionales de salud tiene al optar por prestar asistencia a las personas con Tb, con enfoque en las necesidades de salud. Esta práctica exige la construcción de un nuevo proceso de trabajo entre los profesionales del equipo y personas con Tb, con el objetivo de establecer la escucha activa del otro, corresponsabilidad entre equipo y usuarios y una relación de diálogo para captar las reales necesidades de los enfermos de Tb. Se espera que esta investigación despierte reflexiones en los profesionales de salud que lidian con personas con Tb y amplíe las discusiones del tema: necesidades de la salud, trayendo contribuciones no apenas para la enseñanza-

investigación, pero principalmente para la mejoría de la asistencia prestada.

Referencias

1. Egry EY. Apresentação. In: Egry EY. Necessidades de saúde na perspectiva da atenção básica: Guia para pesquisadores. São Paulo (SP): Dedone; 2008. p. 9-10.
2. Melo DA Filho. Repensando os desafios de Ulisses e Fausto: a saúde, o indivíduo e a história. *Cad Saúde Pública*. 1995;11(1):5-20.
3. Stotz EM. Os desafios para o SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão e Trabalho e da Educação na Saúde. *Rev-SUS Brasil. Cadernos de textos*. Brasília; 2004.
4. Egry EY, Oliveira MAC. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. In: Egry EY. Necessidades de saúde na perspectiva da atenção básica: Guia para pesquisadores. São Paulo(SP): Dedone; 2008. p. 33-40.
5. Silva AG Júnior, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro (RJ): IMS-UERJ; 2003. p. 89-112.
6. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 113-26.
7. Fiorin JL, Savioli FP. *Para entender o texto: leitura e redação*. São Paulo (SP): Ática; 1991.
8. Maciel ELN, Silva AP, Meireles W, Fiorotti K, Hadad DJ, Dietze R. Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil. *J Bras Pneumol*. jul 2008;34(7):506-13.
9. Maciel ELN, Guidoni LM, Brioshi AP, Prado TN, Fregona G, Hadad DJ, et al. Household members and health care workers as supervisors of tuberculosis treatment. *Rev Saúde Pública*. abr 2010;44(2):339-43.
10. Hasker E, Khodjikhhanov M, Sayfiddinova S, Rasulova G, Yuldashova U, Uzakova G, et al. Why do tuberculosis patients default in Tashkent City, Uzbekistan? A qualitative study. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010;14(9):1132-9.
11. Paz EPA, Sá AMM. The daily routine of patients in tuberculosis treatment in basic health care units: a phenomenological approach. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009 Mar-Apr;17(2):180-6. Inglês, Português, Espanhol.
12. Queiroz EM, Bertolozzi MR. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte,

Oeste e Leste do Município de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. jun 2010;44(2):453-61.

13. Marques HHS, Silva NG, Gutierrez PL, Lacerda R, Ayres JRMC, Dellanegra M, et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. Cad Saúde Pública. mar 2006;22(3):619-29.

14. Cecílio LCO, Lima MHJ. Necessidades de saúde das pessoas como eixo: a integração e a humanização do atendimento na rede básica. In: Linhares AL. Saúde e Humanização: a experiência de Chapecó. São Paulo(SP): Hucitec; 2000. p. 159-82.

15. Hino P, Ciosak SI, Fonseca RMGS, Egry EY. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. Rev Esc Enferm USP. 2009;.43(no.spe 2):1156-67.

Recibido: 30.11.2010

Aceptado: 27.6.2011

Como citar este artículo:

Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Villa TCS, Egry EY. Conocimiento del equipo de Salud de la Familia acerca de las necesidades de salud de las personas con tuberculosis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. ene.-feb. 2011 [acceso: / /];20(1):[09 pantallas]. Disponible en: _____

día

año

mes abreviado con punto

URL