



A vivência do tratamento de tuberculose em unidades de Saúde da Família

La experiencia del tratamiento de tuberculosis en unidades de Salud de la Familia

The experience of tuberculosis treatment in Family Health Units

Shirley Ribeiro dos Santos Linhares^{1,2}

Elisabete Pimenta Araújo Paz¹

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil

2. Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí.
Itaboraí, RJ, Brasil

RESUMO

Objetivo: Compreender a vivência dos portadores de tuberculose referente aos cuidados recebidos durante o tratamento e sua relação com os profissionais de saúde. **Método:** Pesquisa fenomenológica realizada com 27 portadores de tuberculose em unidades de Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas analisadas pelo referencial Heideggeriano. **Resultados:** A análise evidenciou que os usuários estão dispostos no modo de ser da inautenticidade característica dos serviços de saúde; o temor existencial da morte domina o cotidiano dos doentes e os mantém seguindo o tratamento. **Considerações finais e implicações para a prática:** Existe a possibilidade de se efetivar um cuidado que integre o conhecimento técnico capaz de dominar o modo de ser dos profissionais na dimensão subjetiva de quem precisa do tratamento, superando a tradição ôntica do cuidado inautêntico para o cuidado autêntico, que libera o outro para a cura.

Palavras-chave: Tuberculose; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objectives: To understand the experience of patients having tuberculosis regarding the care received during treatment and their relationship with health professionals. **Method:** Phenomenological research carried out with 27 tuberculosis patients in Family Health Strategy Units in the city of Rio de Janeiro. The data were obtained through interviews analyzed by Heidegger's referential. **Results:** The analysis of the discourses evidenced that the users are disposed in the mode of being of the inauthenticity characteristic of health services; the existential fear of death dominates the daily lives of the patients and it keeps them following the treatment. **Final considerations and implications for the practice:** There is the possibility of performing a care, which integrates the technical knowledge able to dominate the way of being of professionals with the subjective dimension of those who need treatment, overcoming the ontic tradition of inauthentic care for the authentic care, which frees the other for the healing.

Keywords: Tuberculosis; Nursing; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivos: Comprender la vivencia de los portadores de tuberculosis referentes a los cuidados recibidos durante el tratamiento y su relación con los profesionales de salud. **Método:** Investigación fenomenológica realizada con 27 portadores de tuberculosis en unidades de Salud de la Familia del municipio de Rio de Janeiro. Los datos fueron obtenidos por medio de entrevistas analizadas con referencial Heideggeriano. **Resultados:** El análisis de los discursos evidenció que los usuarios están dispuestos en el modo-de-ser de la inautenticidad característico de los servicios de salud; el temor existencial de la muerte es lo que domina el cotidiano de los enfermos y los mantiene siguiendo el tratamiento. **Consideraciones finales e implicaciones para la práctica:** Existe la posibilidad de realizar un cuidado que integre el conocimiento técnico que domina el modo-de-ser de los profesionales con la dimensión subjetiva de quien necesita el tratamiento, superando la tradición óntica de un cuidado inautêntico para el cuidado autêntico que libera al otro para la curación.

Palabras clave: Tuberculosis; Enfermería; Estrategia Salud de la Familia.

Autor correspondente:

Shirley Ribeiro dos Santos Linhares
E-mail: shirleyrslinhares@gmail.com

Recebido em 09/07/2019.
Aprovado em 05/12/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0209

INTRODUÇÃO

A tuberculose é a principal doença infecciosa transmissível, superando a aids em número de mortes no mundo. É um agravo de cunho social, acometendo principalmente os mais vulneráveis que habitam em locais pouco ventilados, com aglomerados de pessoas que possuem dificuldades de informação e de acesso à saúde.^{1,2}

A Organização Mundial da Saúde estima que, em 2017, foram registrados 10 milhões de casos incidentes de tuberculose, sendo a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte em pacientes com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). No mesmo ano, morreram 1,3 milhões de pessoas e 300 mil indivíduos infectados pelo vírus do HIV.^{1,3}

Em 2017, foram notificados, no Brasil, 69.569 casos novos da doença e 4.426 mil óbitos por tuberculose; no município do Rio de Janeiro, para o mesmo ano, foram notificados 5.770 casos novos. O município apresentou uma taxa de incidência de 88,5/100.000 habitantes, superior à taxa de incidência do país, de 33,5/100.000 hab.¹⁻³

Apesar das conquistas advindas no controle da tuberculose na última década, um dos principais desafios no enfrentamento dessa doença é manter a adesão ao tratamento. Tal situação propiciou a recomendação de adoção da *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS), em 1994, em países com alta carga de tuberculose, iniciada no Brasil em 1998.² A estratégia DOTS é constituída por cinco pilares, que incluem: a supervisão da medicação, o compromisso político dos países, a garantia de exames laboratoriais para o diagnóstico, a continuidade do fornecimento das medicações e um sistema de avaliação e monitoramento.^{1,2,4}

Mesmo com a adoção do DOTS, o Brasil vem assumindo outras ações recomendadas pela Organização Mundial de Saúde para viabilizar essa resposta global, como procedeu mais recentemente a *The End TB Strategy*, que visa acabar com a epidemia global de tuberculose, tendo metas para reduzir casos novos em 90% e as mortes por tuberculose em 95% até 2035.^{1,5}

A adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional, com vários fatores associados, tais como a concepção da doença, o tratamento propriamente dito, a relação entre o sistema de saúde e os profissionais.⁶ Vale considerar que as concepções científicas e culturais dos profissionais de saúde nem sempre se aproximam daquelas que os usuários dos serviços de saúde apresentam, e que influenciam seus comportamentos. Cada pessoa vivencia de modo particular o adoecer e o tratar-se, o que pode se configurar em obstáculos para o êxito do tratamento e a consequente redução do número de casos na população.^{6,7}

Realizou-se levantamento bibliográfico nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Internet (SciELO) e no Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), para o período de 2007 a 2018, visando conhecer a produção científica qualitativa em saúde sobre a tuberculose e o estado da arte sobre a vivência do tratamento das pessoas com tuberculose.

Estabeleceu-se, como critérios de investigação bibliográfica, ser artigo original de origem nacional e internacional, publicado nos idiomas português, espanhol e/ou inglês que abordassem o tratamento da tuberculose na perspectiva de pacientes. Foram identificados 127 artigos e 9 atenderam aos critérios estabelecidos. Dentre os nove selecionados, quatro utilizavam o método fenomenológico de pesquisa e a hermenêutica de Martin Heidegger para a análise do material.

De forma geral, os estudos qualitativos apontaram, em seus resultados, que os aspectos socioculturais influenciam na adesão terapêutica e no enfrentamento da doença. Já os estudos fenomenológicos revelaram que, no processo de tratamento da tuberculose, o imaginário social da doença reforça para o doente a angústia, a culpa pelo adoecer e o afastamento social imposto pelo diagnóstico. Também indicaram que no processo de tratamento, apesar das dificuldades que a doença impõe, a pessoa pode dar um giro existencial que a faz aceitar o adoecer e dirigir-se para a cura, em que o apoio dos profissionais de saúde tem papel fundamental.⁷⁻¹⁰

Apesar de vários estudos de enfermagem sobre o tema da tuberculose utilizando diferentes abordagens metodológicas, a questão da adesão ao tratamento continua sendo importante e ainda pouco conhecida, por se tratar de uma experiência particular vivida em múltiplos e diferentes contextos, que requer a construção de vínculos afetivos com os profissionais de saúde.⁶⁻⁸ Esses vínculos parecem diluídos no contexto assistencial devido às rotinas que os processos de trabalho impõem aos profissionais. Não obstante, tratar e curar-se clinicamente de uma doença crônica como a tuberculose é uma experiência que não pode ser generalizada.^{10,11}

É nessa perspectiva de dar voz à pessoa que vivencia o transcurso do tratamento da tuberculose, que este estudo se justifica e complementa o conhecimento sobre a dinâmica existencial de um tratamento. Ou seja, ainda hoje, é a possibilidade técnico-científica para vencer a doença e recuperar a naturalidade como pessoa, pois a adesão não pode estar focada exclusivamente no doente, na oferta e supervisão dos esquemas medicamentosos.

Ademais, o enfermeiro sendo o profissional que nos serviços de atenção primária à saúde assume o acompanhamento das ações preconizadas pelo Programa de Controle da Tuberculose, estudos que favoreçam o conhecimento da dinâmica pessoal dos doentes e possibilitem a utilização de estratégias voltadas à singularidade das pessoas são importantes para ampliar a efetividade do cuidado de saúde e de enfermagem.¹²

Diante do exposto, o objetivo da pesquisa foi compreender a vivência dos portadores de tuberculose referente aos cuidados necessários durante o tratamento, em unidades de Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Para conhecer a dinâmica assistencial do tratar-se e do cuidar de pessoas com tuberculose, elegemos a fenomenologia como recurso para acessar a realidade social do tratamento dessa doença, conduzida em unidades primárias de saúde, como as

de saúde da família. A fenomenologia busca a descrição dos fenômenos que envolvem o indivíduo a partir das interrogações e questionamentos daquilo que permanece velado no cotidiano, na tentativa de compreender o outro, considerando-o em suas singularidades – ou seja, o homem em sua totalidade existencial – e interroga suas experiências visando conhecer os significados que lhes atribui.^{13,14}

Optou-se pela fenomenologia de Martin Heidegger como referencial teórico-metodológico, pois se buscou a compreensão do tratamento da tuberculose para os doentes, considerando que seu sentido está oculto pela naturalidade cotidiana presente nos serviços assistenciais e cumpridos nos domicílios. Trata-se de uma relação interativa entre quem cuida, quem recebe o cuidado e o modo como ele é vivido no dia a dia, sendo, desse modo, uma experiência que dá sentido à existência.¹⁵⁻¹⁶

A fenomenologia heideggeriana traz em seu bojo a questão do Ser que somos, o Dasein. Para ele, o termo significa o homem a partir da relação que estabelece com o seu ser.^{15,16} O problema do Ser não é apenas sua existência – a forma como se apresenta no mundo –, mas sua essência, o sentido que está oculto, encoberto nas aparências, no modo de ser cotidiano como se dá a conhecer. É nessa concepção que as relações acontecem e as vivências relacionais têm significado e sentido. O filósofo desenvolveu sua analítica existencial, interrogando o sentido do Ser, que revela, ao mesmo tempo, o ser-aí e o estar-aí no mundo, mergulhado em ocupações que lhe permite que compreenda a vida, as relações e as possibilidades de realização.^{14,15}

Esta pesquisa foi desenvolvida com pessoas que realizavam tratamento para tuberculose em cinco unidades de Estratégia de Saúde da Família, localizadas na zona norte do município do Rio de Janeiro. Participaram do estudo 27 pessoas com diagnóstico de tuberculose pulmonar, que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: maiores de 18 anos cadastrados na unidade; em uso do esquema básico para o tratamento da tuberculose; e estar no último mês de tratamento, que poderia ser o sexto mês do esquema padrão ou até o nono mês, caso o tratamento fosse prorrogado devido à irregularidade na tomada das medicações ou a critério clínico/laboratorial.

Em observância aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, conforme o Parecer n.º 839.730, e o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob Parecer favorável n.º 857.488.

Após a aprovação pelos Comitês, iniciou-se a coleta de coleta de dados, que ocorreu no período de dezembro de 2014 a março de 2015. A entrevista fenomenológica foi o modo de acesso aos depoentes, mediante uso de roteiro de entrevista semi-estruturada contendo itens para a caracterização dos participantes e questões que abordavam a vivência do tratamento da tuberculose.

As entrevistas ocorreram em uma sala reservada na unidade ou nos domicílios, conforme a preferência do usuário, e em dias e horários previamente agendados. Procurou-se deixar claro para

os usuários o interesse concreto na vivência particular de seu tratamento, respeitando-se o modo como eles se expressaram, sem formular juízos de valor a partir do diálogo estabelecido. Quando as entrevistas ocorreram no domicílio, obteve-se apoio do Agente Comunitário de Saúde da microárea para adentrar na comunidade, sem que este permanecesse presente durante a coleta de dados.

Todas as entrevistas foram gravadas, mediante consentimento e transcritas, conforme o discurso original, e foram concluídas quando todos os participantes da pesquisa foram entrevistados. O anonimato foi garantido pela sua codificação com a letra U de usuário e numerado segundo a ordem de realização.

Para compreender a vivência dos participantes sobre o tratamento da tuberculose, realizou-se a análise compreensiva ou interpretação fenomenológica. Heidegger fala que na compreensão reside o fundamento para a interpretação. A concepção prévia, no caso da tuberculose, refere-se ao que já se conhece sobre ela, o tratamento, seus efeitos colaterais, as necessidades de cuidado dentre outros fundamentos. Assim, as novas compreensões do fenômeno transcendem aquilo que de imediato se mostra na existência do ser humano, em uma interpretação de suas atitudes e do modo como experiência o mundo e a si mesmo.^{13,15}

A análise proposta por Martin Heidegger ocorreu em dois momentos metódicos: o primeiro iniciou-se com a compreensão vaga e mediana, que é a do depoente ao ser questionado sobre aquilo que se quer conhecer. Ou seja, o que vem de imediato à consciência, o mais familiar, a compreensão imediata que abriga o significado que parte do senso comum, mas esconde seu sentido.^{15,17} Primeiramente, realizaram-se várias leituras dos discursos das entrevistas, momento no qual as pesquisadoras, livres de quaisquer pressupostos, identificaram os significados expressos pelos indivíduos acometidos de tuberculose, organizando-os em unidades de significação com um enunciado geral, cujo conteúdo apresentava os trechos comuns dos discursos que ilustravam as respostas das questões formuladas na entrevista.

No segundo momento, procedeu-se à hermenêutica, ou seja, a interpretação dos sentidos do tratamento da tuberculose, ocultos nos significados atribuídos pelos participantes da pesquisa. Essa etapa contou com apoio de trechos do pensamento filosófico de Heidegger contidos em sua obra *Ser e Tempo* e artigos sobre o tema.^{13,15-17}

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos participantes, 15 eram do sexo masculino e 12 do sexo feminino, cujas idades variaram entre 20-59 anos. Autodeclararam-se negros 20 participantes. Em relação à escolaridade, nove possuíam o ensino fundamental incompleto e sete o ensino médio incompleto. No momento da entrevista, 16 participantes estavam desempregados.

No que tange à hermenêutica das entrevistas transcritas, foram produzidas três unidades de significação, expressando a classificação e agrupamento, por semelhanças e divergências, dos significados atribuídos pelos participantes da pesquisa.

Essas unidades conformaram o bloco discursivo, que exprime a compreensão que os indivíduos acometidos de tuberculose têm de si e da doença durante o transcurso do tratamento acompanhado em unidades de Saúde da Família (Quadro 1).

A primeira unidade de significação expressa a fragilidade humana frente ao diagnóstico da tuberculose. Estar com tuberculose é uma experiência difícil de ser compreendida, aceita e vivida, pois subsiste a ideia de que ela ainda pode

levar à morte. No imaginário coletivo, o temor diante da doença se justifica pelo estigma social, desconhecimento de suas causas, longo tratamento e a associação da tuberculose com comportamento desviante das normas sociais. Ao atingir o homem, a tuberculose tira-lhe a força que o mantém ativo em seu meio social. A sociedade em geral ainda conserva muitas representações que a tornaram uma das doenças mais temidas em todos os tempos. Os indivíduos acometidos de tuberculose

Quadro 1. Apresentação das unidades de significação

Unidades de Significação	Extratos dos Discursos
O diagnóstico da tuberculose faz emergir a fragilidade diante da vida	<i>No começo eu senti medo pra caramba, eu pensei que eu ia morrer, que fosse acontecer alguma pior. Eu já conhecia tuberculose pelo pior dela (U5).</i>
	<i>A gente pensa logo que é uma doença do mal e que a gente vai morrer. Pensei nas minhas filhas, no meu marido [...] Não desejo para ninguém o medo que eu passei quando eu descobri esta doença (U22).</i>
	<i>Foi um susto enorme, porque eu pensei que a tuberculose desse só em pessoas menos favorecidas. Eu tenho uma boa dieta, não fumo e nem bebo e pratico atividade física. Minha casa é arejada e não moro em comunidade. Então, não sei por que eu peguei esta doença (U25).</i>
	<i>Nunca pensei que eu teria tuberculose, para mim era doença do passado, extinta [...]. Meu avô era boêmio, bebia, fumava e vivia no sereno, ele morreu com esta doença. Eu não faço nada disso e peguei. Não sei dizer como, mas peguei (U23).</i>
A impessoalidade do serviço de saúde torna muito difícil a vivência do tratamento	<i>[...] tem aquela obrigação de vir todos os dias ao posto e tomar esse monte de remédio, coisa que não é fácil. Mas ter que vir aqui todo dia tomar os remédios é que é chato! [...] O ruim é ter que esperar eles me darem o remédio... e querem me ver tomando... já viu isso?! Eles acham que eu sou criança (U11).</i>
	<i>[...] às vezes, você não pode nem culpar os agentes, no caso as agentes que estão responsáveis para entregar a medicação. Você sai de casa, ou do trabalho, chega aqui para pegar o remédio ou até para tomar o remédio, e aí o que acontece? [...] já parte aquele desânimo, porque tem que esperar [...] aí a menina fala assim “espera aí que eu vou pegar”. Aí chega outra pessoa e ela tem que dar atenção àquela pessoa e eu, ficamos os dois esperando (U2).</i>
	<i>Agora eu é que vou buscar lá na clínica. Mas é chato, porque nunca é a mesma pessoa que me atende e eu tenho que ficar esperando a menina ir buscar meu remédio. Às vezes, tem muita gente na minha frente para falar com ela e eu tenho que ficar esperando [...] (U7).</i>
	<i>[...] neste horário a unidade está fechada e ela não queria me dar o remédio por semana. Por fim, teve que ter quase uma briga para ela (profissional) aceitar isso. Se eu tivesse cabeça fraca já teria há muito tempo parado de tomar o remédio! As pessoas às vezes têm que ser flexíveis com as situações. Não tinha cabimento ela mandar o ACS lá em casa seis horas da manhã (U25).</i>
Sentir-se apoiado pelos profissionais faz diferença no transcurso do tratamento	<i>Foi a equipe (ênfase), eles ficam no seu pé para você tomar o remédio! Eu achava isso ruim, mas hoje reconheço que às vezes é necessário. Se não fosse a enfermeira, talvez hoje eu não estivesse bem e terminando o tratamento. Ela me fez perceber que eu também tenho que querer ficar curado (U19).</i>
	<i>[...] no início, quando eu estava com medo, eles me ajudaram, os dois, o médico e a enfermeira. Eles falaram que eu não ia morrer e que, se eu tomasse os remédios todos os dias até o final, eu ia ficar curada. Aí isso me animou, eu... eu já estava pensando que eu ia morrer [...] (U10).</i>
	<i>O que me ajudou a continuar foram as explicações das doutoras sobre a doença. Eu nem imaginava que a gente pegava pelo ar, que não precisava separar as coisas e acima de tudo a fé em DEUS que eu ia ficar curada (U21)</i>
	<i>O que ajudou foi ver que eles se importam com a gente. Toda vez que eu tive alguns problemas eu podia vir aqui sem estar com a consulta marcada, que eles sempre me atendiam (U23).</i>

sofrem, não só pelas manifestações clínicas, mas principalmente devido à morte advinda do adoecer por uma doença tão grave.

A segunda unidade aponta que, para as pessoas com diagnóstico de tuberculose, manterem-se em tratamento conforme orientado pelo profissional de saúde é quase sempre muito difícil, pois requer rotina de comparecimentos à unidade de saúde. Para os participantes, nem sempre é possível aliar o comparecimento para a realização do tratamento diretamente observado na unidade de saúde com o trabalho, devido à pouca flexibilidade de horários nos serviços de saúde.

De modo geral, as unidades não consideram que o usuário possui uma rotina de vida que pode inviabilizar tal frequência de comparecimentos. Identificou-se, ainda, ausência de uma organização que favoreça a rápida disponibilidade da medicação assim que os usuários chegam aos serviços de saúde. A supervisão da ingestão da medicação também soma dificuldades ao tratamento.

No entanto, a terceira unidade de significação demonstra que os indivíduos acometidos de tuberculose reconhecem que o apoio dos profissionais nas dificuldades inerentes ao tratamento medicamentoso, é uma das ações mais importantes para aceitação e continuidade da terapêutica. A atenção que recebem dos profissionais, o interesse que demonstram em sua recuperação favorece a aceitação do tratamento e pode alterar positivamente as decisões sobre manutenção da saúde.

Mesmo quando a pessoa manifesta desejo de interromper o tratamento, ela pode não concretizar esse desejo em virtude da confiança e do vínculo estabelecido com o profissional de saúde. A equipe de saúde se constitui em um importante recurso assistencial que estimula a completude do tratamento. Os usuários sentem-se amparados pelos profissionais que os atendem e confiantes que vencerão a doença e as dificuldades que esta lhes impõe.

DISCUSSÃO

O adoecer é uma possibilidade existencial do ser humano no mundo e uma experiência singular, pois remete à alteração de sua naturalidade como pessoa, colocando, em um mundo diferente, os que precisam cumprir condutas que possam devolver a saúde que perderam.^{6,11}

As unidades de significação evidenciaram que o tratamento da tuberculose afeta a vida das pessoas acometidas desde a confirmação diagnóstica. Saber-se doente de tuberculose traz de imediato a aproximação da morte por uma doença que sequer passa pelo imaginário. Com ela advém o estigma de que a pessoa precisa viver em isolamento social para proteger familiares, conhecidos e amigos, evitando, assim, a transmissão da doença.

Também a impessoalidade das normas técnicas que orientam o tratamento, quando não flexibilizadas aos doentes, gera descontentamento, que pode levar ao abandono terapêutico. Horários e rotinas que não preveem as necessidades dos doentes e suas dificuldades são fatores de afastamento dos profissionais das equipes, pois estes não se colocam na perspectiva do

outro – apenas seguem com a tradição assistencial, a que descaracteriza a singularidade de cada um –, tornando-se mais um que está no serviço para receber atendimento e, portanto, deve aceitar as regras estabelecidas.

A despeito dos problemas de organização da assistência, o interesse dos profissionais pelo restabelecimento da saúde marca positivamente o longo período de tratamento, visto que eles conseguem mostrar a preocupação com a saúde dos doentes estimulando, encorajando e oferecendo manejo adequado às intercorrências. Informar de maneira clara sobre o processo terapêutico cria laços de confiança que ajudam na superação das dificuldades, e os doentes reconhecem quão importantes são esses laços.

A unidade I mostrou a força negativa e o impacto do diagnóstico da tuberculose, pois a doença toma a dimensão de castigo social. O isolamento com afastamento da família e dos amigos, a depressão e a falta de vontade de seguir o tratamento são sentimentos difíceis de superar devido ao estigma da doença, que ainda é forte o suficiente para, de imediato, tirar a pessoa da naturalidade da convivência social.

Outros estudos também comprovam esses achados, uma vez que identificaram o diagnóstico da tuberculose como uma das principais causas da estigmatização, e salientam que o desconhecimento a respeito da doença pode fortalecer atitudes discriminatórias na família e na comunidade.^{6,7,11,18,19}

Na interpretação da facticidade da condição de estar com tuberculose e o tratamento necessário, foi possível identificar nos relatos a fragilidade do ser-aí diante da tuberculose. A doença é uma ameaça que se tornou concreta, e os doentes, mesmo em tratamento, convivem com o temor da morte que domina o ser-aí, o Dasein e caracteriza a força do falatório.¹⁵

Sobre o temor, Heidegger diz que "... o que se teme possui o caráter da ameaça... o que se teme vem ao encontro porque possui o modo conjuntural de dano... O temor confunde e faz perder a cabeça..." e apresenta para o ser um mundo repleto de ameaças como, por exemplo, as limitações físicas ocasionadas pela enfermidade, a exclusão social e o medo da morte.^{11,13,15,20}

O falatório significa um fenômeno que constitui o modo de compreender e da interpretação cotidiana.^{14,15} Essa pronúncia da comunicação refere-se à convivência que se move dentro de uma fala comum, porém essa comunicação não se apresenta no modo de uma apropriação originária e contenta-se em repetir e passar adiante a fala, faltando-lhe solidez.

Observa-se na Unidade II que, no cotidiano da assistência, a relação entre o saber técnico e a prática individualizada nem sempre é harmoniosa, pois a rotina dos serviços não favorece a troca de subjetividades entre quem cuida e quem recebe ou precisa de cuidado.^{11,20} Ao buscar o fim do seu sofrimento, há a possibilidade de a pessoa encontrar barreiras no serviço de saúde, que reforçam a natureza impessoal do cuidado, apesar do empenho em tratar o doente. Nos discursos, observou-se que os profissionais estão destinados a cumprir aquilo para o qual foram preparados: diagnosticar, tratar e curar de modo clínico,

seguindo rotinas e horários que não atendem, muitas vezes, as necessidades das pessoas.^{7,17}

A impessoalidade é sentida pelo ser diagnosticado com tuberculose, quanto à falta de confiança dos profissionais em relação à tomada da medicação em outro espaço que não a unidade de saúde, uma vez que muitos não tiveram a opção de levá-la para a casa. Semelhantes resultados apontaram a precariedade do atendimento e as dificuldades de acesso como possíveis causas de não adesão ao tratamento, incluindo o prolongado tempo de espera como fator de insatisfação com o serviço de saúde, e não favorece que a equipe se coloque no mesmo horizonte do outro; ou seja, o doente que objetiva a cura.^{6-11,20,21}

Em Heidegger, vê-se que a impessoalidade domina habitualmente as relações entre os homens e que, apesar de constituir um dos seus modos de ser, não é o modo mais próprio de lidar entre eles. Embora disperso em ambiente familiar, como são as unidades de saúde com rotinas e procedimentos assistenciais apresentados aos doentes assim que iniciam seus tratamentos, o Dasein, ao se entregar a essas rotinas, deixa encobrir seu ser-mais-próprio.^{10,11,15-17,20,21}

Assim é que o Dasein, disperso no modo da impessoalidade, se caracteriza por estar absorvido no mundo que lhe comparece e se apresenta com o caráter de familiaridade. Em vista disso, toda interpretação imediata do fenômeno de mundo e do seu próprio ser-no-mundo acaba sendo determinada por essa interpretação impessoal. O hiato presente na relação profissional-doente aponta a necessidade de se levar em consideração o pensar e o sentir do doente, e não apenas o horizonte de cura clínica, tornando-se necessária a implementação de ações efetivas pelos profissionais de saúde e de enfermagem que acompanham a pessoa durante o transcurso da doença, em relação às orientações para comunidades sobre a tuberculose, prevenção, manejo familiar e a obtenção da cura.^{16,22}

Observou-se nas falas que somente a supervisão da tomada da medicação não garante o sucesso do tratamento. É necessário que o doente se sinta acolhido, que considere sua história de vida, crenças e opiniões.^{6,9-11} Dessa forma, as estratégias para adesão ao tratamento devem ser pactuadas, para que o ser acometido de tuberculose assumo o tratamento e, ao admiti-lo, decida-se pela possibilidade de curar-se e a reintegrar-se ao seu cotidiano.^{10,11,20,21}

A unidade III evidencia que, apesar do modo impessoal que reina nos serviços de saúde, ocorre também o contrário; ou seja, a oportunidade do cuidado autêntico, que propicia a compreensão do vivido do paciente pelos profissionais. Nesse encontro, há a possibilidade de empenharem-se para que a pessoa compreenda a doença e auxiliá-la na decisão pelo seguimento do tratamento.

Ao compartilhar com o doente o enfrentamento da doença e as dificuldades inerentes ao tratamento medicamentoso, o profissional se aproxima do ser-aí de seu paciente, vivendo com ele uma situação especial, e pode, nessa relação, mostrar cada vez mais interesse e consideração pelo outro; ou seja,

pre-ocupar-se e cuidar no sentido lato da palavra.^{14,16-18,21,22} Mesmo quando a pessoa com tuberculose manifesta desejo de interromper o tratamento, tal situação pode não se concretizar em virtude do apoio e do vínculo criado entre o usuário e o profissional de saúde. Essa abertura ao outro possibilita a realização mais própria da humanidade do homem – que dialoga e não domina –, e pode transcender o cuidado técnico fundado nos aspectos normativos.^{7,8,16,17}

Segundo Heidegger, o homem não é sozinho no mundo, o ser-no-mundo é sempre ser-com os outros.¹⁵ Dessa forma, o ser diagnosticado com tuberculose reconhece a co-presença dos profissionais e a valoriza como essencial ao seu tratamento e crê que, superando as dificuldades ocasionais, vai recuperar a solidez da estrutura essencial da sua existência, o ser-com.^{10,11,20,21}

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Ao desvelar a vivência do tratamento do ser-aí acometido de tuberculose, encontrou-se que este está disposto no modo-de-ser da impessoalidade característico dos serviços de saúde. Tais indicações apontam direcionamentos importantes que implicam repensar o cuidado ofertado nas unidades com saúde da família do município. Evidenciou-se que, apesar da impessoalidade e das limitações operacionais das rotinas de atendimento nas unidades, as pessoas acometidas de tuberculose valorizam o cuidado recebido. Os profissionais de saúde foram apontados como elementos importantes da rede de apoio ao aliviar as dores e medo decorrentes do processo de adoecer.

O estudo revelou que o fortalecimento do vínculo e o acolhimento pela equipe de saúde são fatores que podem contribuir para o sucesso do tratamento, pois são condições que permitem ao doente transcender suas facticidades e dificuldades em busca da cura da doença, desvelando o seu modo autêntico de viver diante da tuberculose e de seu tratamento.

Nesse sentido, a Enfermagem pode contribuir sobremaneira, dada a sua participação no cotidiano dos serviços primários de saúde, favorecendo o acesso a eles – momento da supervisão da dose, a realização do exame dos contatos, em ações de educação em saúde na comunidade e em ações de ampliação da cobertura em programas assistenciais, como os de controle da tuberculose, realizando cuidado norteado pela empatia e afetividade.

Almeja-se que as reflexões apresentadas neste estudo possam trazer contribuições à prática dos profissionais atuantes em unidades primárias e de saúde da família, no intuito de possibilitar discussões e reflexões entre gestores e profissionais sobre os métodos de cuidados que considerem a esfera ontológica, com vistas à implementação de estratégias que viabilizem o cuidado integral e repercutam de maneira positiva nos indicadores de cura da tuberculose.

Este estudo apresenta como limitação o pequeno número de participantes, fato que não permite generalizações de seus resultados. Apesar de o estudo ter sido desenvolvido em um

contexto assistencial único, os seus resultados podem indicar posicionamentos que ajudarão as pessoas a vê-las em todo o seu contexto existencial, contribuindo para o tratamento voltado à essência do ser-aí, o cuidado autêntico.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Concepção e desenho do estudo. Coleta, análise e interpretação dos dados. Discussão dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Shirley Ribeiro dos Santos Linhares. Concepção e desenho do estudo. Análise e interpretação dos dados. Discussão dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Elisabete Pimenta Araújo Paz.

EDITOR ASSOCIADO

Aline Aparecida Monroe

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Global tuberculosis report 2018. Geneva: WHO; 2018.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. (Boletim Epidemiológico; vol. 11, no. 9). [citado 2018 fev 26]. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>
- Karumbi J, Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 maio;29(5):CD003343. PMID:26022367.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- Touso MM, Popolin MP, Crispim JA, Freitas IM, Rodrigues LBB, Yamamura M et al. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014 nov;19(11):4577-86. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.46062013>.
- Souza KMJS, Lenilde DS, Filomena EPAI, Rodrigo PFQ, Catiucia AS, Pedro FP. Discursos sobre a tuberculose: estigmas e consequências para o sujeito adoecido. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 jul/ago; [citado 2018 fev 26];23(4):475-80. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n4/v23n4a07.pdf>
- Oliveira LCS, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF, Silva CA, Villa TCS. A discursividade do sujeito sobre sentimentos associados ao enfrentamento da tuberculose. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2015 jan/mar;17(1):12-20. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.24523>.
- Silva AKVL, Silva Jr DN, Silva YR, Nascimento EGC. Fatores associados ao tratamento da tuberculose na perspectiva do usuário, família e assistência. *Com Ciênc Saúde* [Internet]. 2014; [citado 2018 mar 2]; 25(3-4):275-90. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/periodicos/ccs_artigos/2014_fatores_associados_tratamento.pdf
- Santos MNA, Sá AMM. O ser-portador de tuberculose em prisões: um estudo de enfermagem. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 jun; [citado 2018 mar 2];18(2):350-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200350&lng=en
- Bittencourt A, Kritski AL, Paz EPA. Cotidiano de tratamento do paciente de tuberculose pulmonar em um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro. *Rev Pesq: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2010 jan/mar; [citado 2019 ago 26];2(3):460-9. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/407/443>
- Cecilio HPM, Higashihashi IH, Marcon SS. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. *Acta Paul Enferm*. 2015 fev;28(1):19-25. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500005>.
- Martins J, Bicudo MAV. Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação. 2. ed. São Paulo: Centauro; 2006.
- Lima ABM, organizador. Ensaaios sobre fenomenologia: Husserl, Heidegger e Merleau-Ponty. Ilhéus: Editus; 2014. <http://dx.doi.org/10.7476/9788574554440>.
- Heidegger M. Ser e tempo. 5. ed. São Paulo: Vozes; 2011. 600 p.
- Gomes SA, Monteiro CFS, Nunes BMVT, Benício CDAV, Nogueira LT. O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2017; [citado 2019 abr 15];33(3). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529>
- Cestari VRF, Moreira TMM, Pessoa VLMP, Florêncio RS, Silva MRF, Torres RAM. A essência do cuidado na vulnerabilidade em saúde: uma construção heideggeriana. *Rev Bras Enferm*. 2017 out;70(5):1112-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0570>. PMID:28977242.
- Chang SH, Cataldo JK. A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014;18(2):168-73. <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.13.0181>. PMID:24429308.
- Bezawit TS, Tefera B, Fekadu A. Health care providers' knowledge, attitude and perceived stigma regarding tuberculosis in a pastoralist community in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2019 jan;19(1):19. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3815-1>. PMID:30621678.
- Paz EPA, Sá AMM. Cotidiano do tratamento a pessoas doentes de tuberculose em unidades básicas de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009 abr;17(2):180-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200007>.
- Santos MNA, Sá AMM. Viver com tuberculose em prisões: o desafio de curar-se. *Texto Contexto Enferm*. 2014 dez;23(4):854-61. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000840013>.
- Yamamura M, Martinez TR, Popolin MP, Rodrigues LBB, Freitas IM, Arcêncio RA. Famílias e o tratamento diretamente observado da tuberculose: sentidos e perspectivas para produção do cuidado. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 jun;35(2):60-6. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.42741>. PMID:25158462.