

LO COTIDIANO DEL TRATAMIENTO DE PERSONAS ENFERMAS DE TUBERCULOSIS EN UNIDADES BÁSICAS DE SALUD: UN ABORDAJE FENOMENOLÓGICO¹

Elisabete Pimenta Araújo Paz²
Antonia Margareth Moita Sá³

Este artículo presenta reflexiones sobre lo cotidiano asistencial del tratamiento a los portadores de tuberculosis, fundamentada en la fenomenología. Tuvo como objetivo comprender lo cotidiano asistencial del tratamiento de tuberculosis, realizado en servicios básicos de salud. El estudio fue desarrollado con portadores de tuberculosis y profesionales de salud en Unidades Básicas de Belém, PA. Se realizaron entrevistas fenomenológicas con los participantes. Los discursos fueron organizados en Unidades de Significado y, después, analizados a partir del marco teórico de Martin Heidegger. La hermenéutica mostró que los enfermos temen la enfermedad y sus consecuencias, el cuidado que se realiza de modo impersonal, la responsabilidad por el tratamiento enfatizada por los profesionales y asumida por los enfermos y que y las conductas de los profesionales se pautan, predominantemente, por las normas técnicas del discurso biomédico. Se concluye que existe un hiato entre el tratamiento ofrecido y el tratamiento humanizado que se pretende alcanzar con la finalidad de obtener éxito en el control de la enfermedad.

DESCRITORES: salud pública; tuberculosis; fenomenología

COTIDIANO DO TRATAMENTO A PESSOAS DOENTES DE TUBERCULOSE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Este artigo apresenta reflexão sobre o cotidiano assistencial do tratamento aos portadores de tuberculose, fundamentada na fenomenologia. Teve como objetivo compreender o cotidiano assistencial do tratamento de tuberculose, realizado em serviços básicos de saúde. O estudo foi desenvolvido com portadores de tuberculose e profissionais de saúde em Unidades Básicas de Belém, PA. Realizou-se entrevista fenomenológica com os participantes. Os discursos foram organizados em Unidades de Significação e, após, analisadas a partir do referencial de Martin Heidegger. A hermenêutica mostrou que os doentes temem a doença e suas consequências, o cuidado que se realiza de modo impessoal, a responsabilidade pelo tratamento enfatizada pelos profissionais e assumida pelos doentes e que e as condutas dos profissionais se pautam, predominantemente, pelas normas técnicas do discurso biomédico. Conclui-se que há um hiato entre o tratamento oferecido e o tratamento humanizado que se pretende alcançar com vistas ao êxito no controle da doença.

DESCRITORES: saúde pública; tuberculose; fenomenologia

THE DAILY ROUTINE OF PATIENTS IN TUBERCULOSIS TREATMENT IN BASIC HEALTH CARE UNITS: A PHENOMENOLOGICAL APPROACH

This study presents a phenomenological reflection on the daily care routine of patients in TB treatment. It aimed to understand the routine of treatment delivered at the primary health care service. Phenomenological interviews were carried out with patients infected with TB and health professionals at Primary Care Units in Belém, PA, Brazil. Reports were organized in units of meaning and analyzed according to Martin Heidegger's framework. Hermeneutics revealed that infected people fear the disease and its consequences, care is provided in an impersonal way, responsibility for the treatment is emphasized by professionals and assumed by patients, and professionals' behavior is predominantly based on the biomedical technical standard. We conclude that there is a gap between the treatment offered and the expected humanized treatment with a view to successful control of the disease.

DESCRIPTORS: public health; tuberculosis; phenomenology

¹Artículo basado en resultados parciales del Proyecto de Pesquisa "Situações de saúde doença no cotidiano assistencial de enfermagem em saúde coletiva", Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil; ²Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto de la Escuela de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil, e-mail: bete.paz@gmail.com; ³Alumno tesis de Enfermería, Profesor Asistente de la Universidade do Estado do Pará, Brasil, e-mail: margarethmsa@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

Diferentes factores, intrínsecos a la actividad profesional en salud, no siempre responden al desafío que se enfrenta en los servicios de salud, de promover asistencia de calidad, resolutive y humanizada. Entre esos factores, está el contacto con las limitaciones humanas: la realidad de la enfermedad, la imposibilidad de curarla siempre, o inclusive cuidar de los problemas de la mejor manera posible, las dificultades de proveer ayuda en los servicios de salud y la contumaz realidad de la proximidad de la muerte entre portadores de enfermedades. Entre ese conjunto de factores, existe un aspecto de gran importancia para los profesionales que es el trabajo con dimensiones humanas, en el que toman parte emociones y afectos, y que deberían encontrarse en la relación entre enfermeros, técnicos, pacientes y familiares⁽¹⁾.

A lo largo de la historia de la humanidad el hombre viene tratando de crear conceptos apropiados al proceso salud enfermedad. A cada concepto formulado se apuntan limitaciones que colocan en duda su validez y funcionalidad en la explicación de ese proceso y también las soluciones de enfrentamiento. Casi siempre se observa que, la propuesta del más nuevo concepto formulado es de superación de los anteriores y la pretensión de traer algo como una "versión final", el concepto más pertinente al tema⁽²⁾.

La representación de salud y enfermedad también está relacionada con el grado de conocimiento sobre ese proceso y de los recursos disponibles para su enfrentamiento, lo que puede ser observado en cada época histórica de la humanidad⁽²⁾. Estar saludable, con malestar, con dolores, debilitado, incómodo, son modos que tienen las personas de percibir esas interacciones entre el ambiente, las condiciones sociales y los estados físicos que suceden en la vida. La necesidad de conocer, representar y enfrentar la enfermedad es propia del hombre y se existen durante toda la vida en sociedad si se considera que esa es una de las adversidades a ser vencida en el transcurso de la vida.

Con relación al problema de la tuberculosis, el Brasil ocupa la 16ª posición entre los veinte y dos países que concentran 80% de la carga mundial de la enfermedad. La prevalencia estimada en el país es de 58/100.000 habitantes, 50 millones de infectados susceptibles al desarrollo de la enfermedad, 111.000

casos nuevos y 6.000 muertes al año. As tasas de cura y de abandono del tratamiento son de 75 y de 12%, respectivamente⁽³⁾.

Para disminuir el abandono al tratamiento y aumentar la tasa de cura, la estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), recomendada por la OMS para los países prioritarios, viene siendo aplicada con éxito en varios municipios brasileiros. Su implantación no se está dando de forma homogénea, sin embargo, algunos municipios del Estado de San Pablo y Río de Janeiro vienen presentando buenos resultados con relación al tratamiento de enfermos, lo que los diferencia de otros Estados brasileños que detienen altas incidencias de casos como Río Grande del Sur, Pará y Bahía, que no consiguieron avanzar en la implantación del DOTS en las unidades de salud locales⁽³⁾.

En lo cotidiano de los ambulatorios de unidades básicas de salud, que ofrecen acciones del Programa de Control de la Tuberculosis, se observa que las prácticas de atención a los portadores están fundadas en relaciones que pueden variar de la total entrega a los cuidados profesionales, al abandono del tratamiento por motivos de orden personal, o unidos a la atención recibida en el servicio de salud.

De modo general, no se observan las prácticas de atención a la salud por la presión de demanda, por el exceso de burocracia, por procesos de trabajo que no favorecen el cuidado humanizado en salud. En ese contexto, las acciones profesionales se muestran como "deshumanizadas" y técnicamente limitadas⁽⁴⁻⁵⁾.

Un tratamiento crónico como el de la tuberculosis presenta detalles que pueden contribuir para su éxito o, al contrario, para resultados negativos de control, traducidos en abandono o muerte, aspecto que todavía no está claro para aquellos que actúan con una enfermedad tan compleja socialmente. ¿Cómo hacer en los servicios para conseguir alcanzar los indicadores de efectividad?, ¿Cuáles actitudes se deben adoptar para minimizar los trastornos que la tuberculosis impone en la dinámica de vida de los portadores y familiares?

Para conocer la dimensión del tratamiento para profesionales y personas portadoras de tuberculosis, se realizó este trabajo, cuyo objetivo fue comprender lo cotidiano asistencial del tratamiento de la tuberculosis, realizado en servicios básicos de salud.

MÉTODO

El estudio fue desarrollado utilizándose el método fenomenológico de Heidegger que es la descripción de la génesis del fenómeno, descripción de esencias, de modos de ser, tornándolos visibles. Este estudio fue desarrollado en el municipio de Belém del Pará, en una institución pública, perteneciente a la Universidad del Estado del Pará, y dos Unidades Municipales de Salud. En esos servicios, son ofrecidas las actividades del programa de control de la tuberculosis en las modalidades auto administrada y supervisada. Participaron 21 enfermos de tuberculosis con por el menos 30 días de tratamiento en ambulatorio, con edad de más de 18 años, y 21 profesionales entre médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos, técnicos de enfermería y un Agente Comunitario de Salud. Se realizó la entrevista fenomenológica como técnica de obtención de los discursos.

Fueron observados los principios éticos de las investigaciones en la que participan seres humanos, con aprobación del proyecto por el Consejo de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería Anna Nery, de la Universidad Federal del Río de Janeiro. El proyecto y objetivos fueron presentados a los participantes y las entrevistas fueron grabadas, después lectura y firma del término de consentimiento libre y esclarecido.

Después de cumplir las exigencias de las instituciones investigadas fue realizada ambientación al campo de investigación, que deseaba, previamente, que los investigadores tomaran conocimiento de la rutina asistencial de las unidades.

El análisis de los discursos fue realizado en dos etapas. En la primera, se elaboró las unidades de significado que tratan de la comprensión vaga de los sujetos en relación al que fue cuestionado. La comprensión vaga y mediana fue organizada la partir de la transcripción de los discursos de los entrevistados y reunió los temas que más se repitieron, a partir de los significados que los sujetos expresaron de sus vivencias. Se trata de la comprensión más inmediata de lo que viven en lo cotidiano, y propia del modo óntico de ser, ese mundo inmediato de las ocupaciones del día a día. En la segunda etapa, se buscó revelar el sentido que funda la existencia de los sujetos participantes en el estudio en su dinámica de vida con la tuberculosis, a través de la articulación entre el que fue dicho y su interpretación, que es la búsqueda del sentido, y se

utilizó el referencial filosófico heideggeriano para fundamentar esa interpretación analítica o hermenéutica⁽⁶⁾.

RESULTADOS

La comprensión vaga de la tuberculosis y su tratamiento

Unidad 1 – La confirmación del diagnóstico de tuberculosis abala la vida de los enfermos

En los servicios de salud, los usuarios están en búsqueda de la resolución de los problemas que la enfermedad les viene causando. De modo general, por no buscar el servicio de salud luego en el inicio de los síntomas respiratorios, cuando lo hacen, muchos están debilitados y, al recibir el diagnóstico de que están con tuberculosis, una tragedia se abate sobre sus vidas, desorientándolos socialmente.

...cuando supe que estaba con la enfermedad, mi mundo cayó. (Ent. 8 – Portador).

Nos sentimos completamente fuera del mundo, es muy difícil, muy complicado, principalmente los tres primeros meses. Yo traté de llevar la vida normalmente en la medida de lo posible. (Ent. 6 – Portador).

...el primer día para ellos es un caos, ellos se sienten la peor de las personas, lloran, no aceptan, piensan que van a morir... (Ent. 9 – Profesional).

...yo siempre trato de dar ese diagnóstico con cuidado porque es un choque el diagnóstico de tuberculosis mismo que el paciente ya sospeche, varias personas ya lloraron (Ent. 10 – Profesional).

Esas expresiones de los entrevistados muestran el impacto de quien es impactado por la tuberculosis y la fuerza negativa de ese diagnóstico, ya que la enfermedad toma la dimensión de castigo social. Los profesionales que actúan en el Programa de Control de la Tuberculosis conocen los sentimientos de aflicción que acompañan el momento del diagnóstico y los enfermos saben que la tuberculosis, si no es tratada, evoluciona para una grave condición de debilidad física, sufrimiento, dolores, dificultades respiratorias y muerte. Esa es la posibilidad más próxima que la enfermedad les puede traer, lo que requiere de los profesionales una actitud sensible, delicada y respetuosa, concerniente al momento en que se confirma la tuberculosis y se espera la adhesión al tratamiento.

Unidad 2 - El tratamiento contra tuberculosis tiene significados diferentes para quien tiene la enfermedad y para quien la trata

A pesar de la recomendación para adoptar la estrategia DOTS en los servicios, se encuentra que la operacionalización diaria por los portadores de tuberculosis es todavía muy difícil en lo que se refiere a la vigencia del tratamiento auto administrado, debido a los cambios que interfieren en la continuidad de las actividades como estudiar o tener puntualidad para llegar al trabajo.

... porque ahora con el tratamiento, él impide trabajar, porque ¿Cuál es el estándar que va a querer que su funcionario falte dos veces en la semana y una vez en al mes? Ahí queda totalmente fuera de condición de trabajar. No tiene condiciones, hacemos el tratamiento, pero quedamos impedidos de trabajar. Y cuando yo comencé el tratamiento tenía que tomar inyección todos los días, en los dos primeros meses cuando yo comencé, yo tomaba inyección todo día... (Ent. 5 – Portador).

... tuve que parar de hacer muchas cosas que me gustaba, tuve que parar de andar en el sol, en la lluvia, de tener mi día a día más normal, yo tuve hasta que parar de estudiar para hacer el tratamiento derecho, parar de trabajar, entonces fue bastante difícil (Ent. 11 – Portador).

Un aspecto importante del tratamiento medicamentoso es que impone una rutina de obligaciones. En la modalidad supervisada, todavía se adiciona el comparecer diario o semanal al servicio para la ingestión de los remedios y no siempre esa frecuencia permite conciliar las actividades que eran de rutina. El enfermo también no tiene como dejar de sentir los prejuicios que una enfermedad debilitante como la tuberculosis impone al cuerpo y al ánimo del individuo.

Los profesionales de salud también reconocen que los enfermos tienen dificultades para mantener el tratamiento, sin embargo esas, por no tener la misma dimensión en sus vidas, son poco exploradas en la dinámica asistencial. Se puede observar algunos relatos de profesionales que ilustran esa cuestión.

... la importancia para nosotros es la duración del tratamiento es que él haga seis meses de tratamiento, porque solo mejorar los síntomas no va solucionar el problema de él (Ent. 2 – Profesional).

... lo importante es orientar mucho al paciente sobre la adherencia al tratamiento porque no sirve hacer todo, pasar el remedio y determinar el retorno para un mes si él no se interesa en tratar, entonces tiene que orientarlo a que tiene que tomar el remedio todos los días... (Ent. 12 – profesional).

La existencia de medios, recursos y de profesionales vinculados al Programa de Controle de Tuberculosis no garantizan el éxito en el tratamiento y la cura de los portadores de tuberculosis. Las actitudes de los profesionales, inclusive cuando enfatizan la importancia del tratamiento para la cura, podrían favorecer el acogimiento de la persona en su singularidad y no solamente con la preocupación de enfatizar el seguimiento, el control con el tratamiento.

Unidad 3 – Para los enfermos, el tratamiento de la tuberculosis se ofrece con grandes dificultades, no siempre comprendidas por los profesionales

Seguir el tratamiento conforme orientado por el profesional de salud es casi siempre una tarea difícil para los enfermos, ya que los esquemas terapéuticos combinan por lo menos tres drogas de uso prolongado y, a pesar de su eficacia, los enfermos pasan y expresan dificultades como incomodidad digestiva, con náuseas, vómitos, diarrea.

... En el inicio, dan ganas de desistir porque el efecto del remedio es demás, hacía muy mal, yo iba a parar en el hospital, mi presión aumentaba, me daba debilidad, diarrea, fue muy malo. En el inicio de ese tratamiento yo solo vivía tirada en la cama, no tenía valor para hacer nada, ahora no, ahora ya estoy dispuesta, tengo hasta voluntad de trabajar, estoy bien dispuesta. ... estoy sintiéndome bien, solo tengo alteración de presión, me hincho y con dolor en los huesos, pero yo voy a llegar hasta al final de mi tratamiento... (Ent. 7 – Portador).

... es muy difícil tomar esos remedios de forma correcta, como me indicaron. Las rojas hasta que pasan bien, pero las blancas (pauza), esas son difíciles de tragar. Gracias a Dios que yo ya estoy terminando el segundo mes y me dijeron que ellas van a salir del tratamiento. Cuando yo tomo los remedios me siento mal, quedo débil y con voluntad de acostarme. En el comienzo fue peor porque tenía náusea, dolor en el estomago, llegué a vomitar, pero después pasó. Hoy yo solo tengo dolor en la espalda y cansancio, pero me dijeron que es así mismo, que debo tener paciencia que después mejora. Yo casi no consigo cerrar las manos por causa del dolor en las uniones, a las veces tengo ganas de parar con los remedios, pero pienso en mi familia, en mi y así voy llevando, pero estoy mejorando (Ent. 15 – Portador).

Lo cotidiano asistencial impone una dinámica mecanizada y muchas veces no reflexionada, que no favorece el intercambio de subjetividad entre quien cuida y quien recibe o necesita de cuidado⁽⁶⁻⁷⁾. En los turnos de trabajo en ambulatorios, hay poco tiempo para que se responda a las demandas individuales, porque son muchas las actividades que deben ser

ejecutadas por los profesionales, lo que los aleja de la atención singular a cada enfermo y refuerza la primacía de las normas técnicas. Es lo que se percibe en los trechos presentados a continuación.

... doy orientación, que él va entrar en el tratamiento del DOTS, haciendo la medicación supervisada, siempre orientando sobre la enfermedad, el tiempo de tratamiento, las reacciones de la medicación, la importancia del tratamiento, hablo sobre alimentación, higiene, y hablo sobre los profesionales de la unidad con los cuales él tiene que pasar: enfermero, psicólogo, servicio social. Es una orientación, para que ellos entiendan que es una enfermedad que tiene cura, que el tratamiento es rápido, tiene seis meses (Ent. 3 – Profesional).

El paciente de tuberculosis tiene que ser bien trabajado. En mi experiencia, si el paciente no es bien trabajado, él no termina el tratamiento... Con el paciente de tuberculosis yo llevo, en lo mínimo, cuarenta y cinco minutos hasta una hora en el inicio del tratamiento, ahí yo aclaro todo desde como él pegó la enfermedad, lo que la enfermedad provoca, el tratamiento, al que va a tener, la falta de tratamiento, comunicantes, dieta. Todo para aclarar y, mismo así, la gente todavía tiene abandonos de tratamiento (Ent. 17 – Profesional).

Los que están en tratamiento pasan por dolores, incomodidades gástricas, náuseas, vómitos, entre las manifestaciones más frecuentes, que minan la resistencia física y emocional. Lo cierto es que un paciente bien orientado en lo que se refiere a su enfermedad, tratamiento, los posibles efectos adversos de los medicamentos y la valorización de sus quejas están entre los principales factores que facilitan la adhesión a la terapia⁽⁸⁾. Los profesionales lidian con esas quejas, sin embargo ellas no siempre parecen ser valorizadas, ya que los enfermos continúan siguiendo con efectos adversos, que podrían ser minimizados o suprimidos con el uso de las conductas ya descritas en las normas técnicas del programa de control. La orientación para no interrumpir el tratamiento, enfatizada en las consultas o atenciones, no siempre garantiza la confianza en la superación de una enfermedad que los deja tan debilitados y vulnerables socialmente.

Unidad 4 – Para los profesionales, la cura de la tuberculosis está directamente relacionada a la responsabilidad del enfermo en seguir el tratamiento

Otro aspecto que llama la atención en lo cotidiano es la responsabilidad por el éxito del tratamiento. Los enfermos asumen o son impelidos a asumir esa responsabilidad ya que, desde el inicio

son orientados a que tiene la mayor parcela de compromiso con la remisión del cuadro clínico y el control de la enfermedad. Se puede identificar esa actitud en los siguientes relatos.

... nosotros buscamos explicar para él que el tratamiento va a depender mucho de él, que es fundamental saber que él va a tener el compromiso de llevar este tratamiento hasta el sexto mes, siguiendo nuestras orientaciones. ...si él sigue el tratamiento correctamente, sigue nuestras orientaciones, con seguridad va a salir curado de este tratamiento (Ent. 7 – Profesional).

... Pienso que es eso lo importante: aclarar que él tiene condiciones de hacer el tratamiento y recibir una cura, dependiendo también mucho de él porque la unidad está disponible para dar toda orientación, toda la atención, pero también depende mucho del paciente para obtener una cura (Ent. 11 – Profesional).

Parece no haber responsabilidad compartida por el tratamiento por parte de los profesionales, y el enfermo pasa a ser el único responsable por su éxito. El sistema de salud ya ofrece diagnóstico, tratamiento gratuito y profesional para atenderlos de modo que las posibles fallas serán resultado de no seguir las orientaciones recibidas, inclusive sabiéndose que los esquemas terapéuticos, al combinarse por lo menos tres drogas de uso prolongado, pueden provocar síntomas como disturbios digestivos, astenia, prurito intenso, artralgia entre otros efectos adversos, que hacen que se rechace la medicación y piensen en abandonar el tratamiento, porque la calidad de vida se ve seriamente afectada⁽⁹⁾.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS – LA HERMENÉUTICA

As unidades de significado producidas fueron el punto de partida analítico del discurso de profesionales y enfermos en tratamiento contra la tuberculosis, o sea, la hermenéutica. La búsqueda del sentido y de la interpretación fue elaborada a partir de la lectura de las descripciones contenidas en las unidades, para aprensión de los significados que emergieron de sus discursos. Un autor⁽¹⁰⁾, al presentar la contribución de Heidegger para la hermenéutica, nos dice que: “La comprensión se mundaniza, se encuentra en todos los momentos de la vida, de modo que somos nosotros que los que tenemos el sentido de la existencia. El modo práctico de ser en el mundo abre las posibilidades de comprensión, de tal manera que el comprender

no existiría si no se comprendiese el contexto en que surge”.

En la interpretación del hecho de enfermarse por tuberculosis, se puede identificar que, cuando el hombre se enferma debido a la infección por el bacilo de Koch, se instaura una gran amenaza: la de ser subyugado por la enfermedad. La tuberculosis es una amenaza que se volvió concreta, ya que, si antes era una enfermedad temida, ahora domina el ser de la presencia. Sobre el temor Heidegger⁽¹¹⁾ dice que “...lo que se teme posee el carácter de amenaza... lo que se teme viene al encuentro porque posee el modo coyuntural de daño... El temor confunde y hace perder la cabeza...” y abre para el ser un mundo repleto de amenazas no imaginadas como, por ejemplo, el de ser rechazado, el de una debilidad física que puede volverlo incapaz de mantener los compromisos y relaciones habituales. La tuberculosis tira de las personas la autonomía de su vivir.

Otro aspecto importante en la vida de los enfermos es la dificultad en seguir correctamente el tratamiento por la toxicidad que la quimioterapia puede provocar. La severidad de los efectos adversos es conocida de los profesionales de salud, así como las medidas para su corrección, sin embargo, por la fala de los enfermos, parece que los profesionales no valorizan sus quejas, como si esas fuesen inevitables, y lo que les cabe es esperar naturalmente la cesación de tales efectos. Como pacientes, son incentivados a superar las dificultades transitorias consecuencia del tratamiento, ya que el objetivo es la cura. Inclusive así, esas dificultades dejan marcas permanentes en la vida de los enfermos.

Ese modo de ser refuerza el carácter impersonal que domina los espacios asistenciales, que mostró como preocupación principal el problema de salud y no la persona que presenta un problema de salud. En Heidegger, se ve que la impersonalidad domina habitualmente las relaciones entre los hombres y que, a pesar de ser uno de sus modos de ser, no es el modo más propio de lidiar entre ellos⁽¹¹⁾. El profesional actúa de inmediato, de modo preocupado con las acciones que debe desarrollar para todos los enfermos. Ese modo impersonal de asistencia no favorece que se coloque en el mismo horizonte del otro, el de enfermo⁽⁶⁾.

Otro aspecto que llama la atención es la responsabilidad asumida por los enfermos para el éxito del tratamiento. Los discursos mostraron la necesidad imperiosa de control y asegurar que los

enfermos seguirán correctamente las prescripciones. En Heidegger, se ve que el hombre ya es responsable por su propio ser⁽¹¹⁾. Al ver enfermos necesitándose restablecer, los profesionales que quedan subyugados a lo que es determinado por la norma pública asistencial. El resultado del discurso técnico-científico de la salud, ya incorporado por la sociedad, se concretiza, casi siempre, en la oferta de cuidado no auténtico cuando ese podría tener un sentido más amplio, incluyendo la protección, el cuidado con el otro⁽⁴⁾, diferentemente de lo que se vio que es disponer de las personas en el modo de la dominación.

Se nota que la preocupación con el restablecimiento de la salud es común para enfermos y profesionales, sin embargo el sentido de esa preocupación tiene carácter distinto para ambos. Para el enfermo, el tratamiento es el horizonte de recuperación de lo cotidiano alterado y, para alcanzarlo, sigue las recomendaciones hasta el límite de lo posible, inclusive cuando eso significa abrir mano de actividades que producen placer en el día a día. El profesional cree en el tratamiento, que tiene como base el conocimiento científico, como el camino para llegar a las metas definidas como adecuadas al control de la enfermedad, cumpliendo su papel social.

En ese modo de cuidar, la preocupación es ejercida en un modo deficiente, ya que el profesional asume el lugar del otro en la medida en que no se promueve la abertura para que la persona enferma participe de las decisiones acerca de su situación. Se establece, casi siempre unilateralmente, lo que debe ser hecho⁽⁶⁻⁷⁾, y esa es una situación paradójica, ya que, al mismo tiempo en que crea dependencia de los cuidados profesionales, estos, en la mayoría de las veces, repiten que la responsabilidad por la cura es principalmente del enfermo.

Esa actitud limita la comprensión del enfermarse generalmente a los sus aspectos biológicos, cuando existen más factores participando en todo el proceso que culminó con el enfermarse de las personas, ahora necesitados de tratamiento, de cuidados. Sus historias de vida no pueden ser negadas o dejadas provisoriamente de lado en nombre de una forma de tratamiento.

CONSIDERACIONES FINALES

Cuando se reflexiona sobre la actuación profesional en salud en relación a una enfermedad

tan frecuente como la tuberculosis, se reflexiona también en el concepto de humanización, que hoy se desea para los servicios del Sistema Único de Salud, que es a veces el principal acceso que se dispone para la resolución de los problemas de la población. La concretización de las acciones del Programa de Control de la Tuberculosis mostró que todavía existe mucho a ser hecho en la dirección de la comprensión del sentido del vivir del otro.

Ese aspecto todavía no enfatizado en la rutina de los ambulatorios que atienden personas con tuberculosis también fue destacado en Ayres⁽⁴⁾, cuando apuntó la necesidad de diálogo donde los interlocutores se empeñen en dejar que sus experiencias enriquezcan el tratamiento de una enfermedad que trae implicaciones sanitarias en el ámbito colectivo y personal. La escucha atenta, la adecuación de conductas, la valorización del sentido de cuidarse, que el enfermo trae como experiencia

vivencial, son elementos indispensables al cuidado que se pretende ser humanizado.

En relación a la enfermería, se comprende, aquí, que su objeto de trabajo en el espacio de los servicios básicos de salud es el ser humano, muchas veces enfermo, y que busca en el profesional, a *grosso modo*, el apoyo o la solución para su problema⁽¹⁾. Asumiéndose el cuidado como preocupación auténtica, necesaria será la adopción de actitudes de respeto y consideración para con el otro, respetando la originalidad ontológica del ser, ya que, ese cuidado significa celo, atención y ayuda al otro para ser libre para su ser más propio⁽¹¹⁾. Necesario será, en las prácticas de salud, reconocer que el conocimiento técnico-científico no dispone de todas las posibilidades de cuidar. Es menester compartir y valorizar la vivencia de quien tiene la enfermedad como elemento esencial para que el cuidado sea efectivo que torna el otro libre para su cura.

REFERENCIAS

1. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.
2. Hegenberg L. Doença: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.
3. Ruffino-Netto A, Villa TCS. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto do Milênio rede TB; 2006.
4. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* 2007; 17(1):43-62.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Trabalho em redes de saúde. Valorização dos Trabalhadores da Saúde. 2ª Ed. Brasília (DF): MS; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
6. Malveira EAP. A Enfermagem no cuidado de saúde à criança em unidades básicas: uma abordagem fenomenológica. [Tese].

Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.

7. Sá AMM. O cotidiano de ser hanseniano: um estudo de enfermagem. [Dissertação] Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Técnico para o controle da Tuberculose: cadernos de atenção básica. 6ª ed Brasília (DF): MS; 2002.
9. Lima MB, Mello DA, Moraes APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad. Saúde Pública*. [online]. jul./ago. 2001; 17(4):877-85. [citado em 24 de outubro de 2005]. Disponível em <<http://www.scielo.br>>
10. Herman N. *Hermenêutica e Educação*. Rio de Janeiro: DP&A; 2002.
11. Heidegger M. *Ser e tempo*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2000.