

ARTÍCULO ORIGINAL

PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PROPORCIONADAS POR LAS ENFERMERAS DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR A LOS USUARIOS CON TUBERCULOSIS

ASPECTOS DESTACADOS

1. Garantizar la intimidad, priorizar los cuidados, comprender el contexto social.
2. La relación dialógica y las prácticas asistenciales forman parte de los cuidados de enfermería.
3. Las debilidades profesionales y de la red influyen en el afrontamiento de la TB.
4. Nuevas percepciones sobre la tuberculosis con la llegada de la pandemia.

Daniele Ferreira Acosta¹ 
Pâmela Medina Conceição² 
Daiane Porto Gautério Abreu¹ 
Ivy Bastos Ramis³ 
Stephanie Gonçalves Vasconcelos¹ 
Franciele Gomes Soares¹ 

RESUMEN

Objetivo: conocer las prácticas de cuidados prestados por las enfermeras a las personas con tuberculosis en la Estrategia de Salud de la Familia. **Método:** investigación cualitativa descriptiva realizada con 11 enfermeros de unidades de salud familiar de Rio Grande, RS - Brasil, en el primer semestre de 2021. La invitación se hizo por teléfono y se programó una entrevista en línea. Los datos fueron analizados de acuerdo con el análisis de contenido. **Resultados:** se evidenciaron tres categorías: Prácticas relacionadas con los cuidados de enfermería: obstáculos y concepciones erróneas, (Re)Acciones en los cuidados de enfermería al usuario con TB, (Re)Pensamiento sobre las orientaciones dadas al usuario. Las prácticas de cuidados se basaron en el vínculo y en la acogida al usuario. Sin embargo, hubo malentendidos en las orientaciones y obstáculos en el afrontamiento de la enfermedad. Se observó un cambio en la conducta y percepción de la enfermedad ante la pandemia del Covid-19. **Conclusión:** Las buenas prácticas asistenciales, tanto relacionales como técnicas, se ven atravesadas por dificultades, ya sean internas o externas a la unidad.

DESCRIPTORES: Prestación de Atención de Salud; Atención Primaria de Salud; Enfermería; Prevención de Enfermedades; Tuberculosis.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Acosta DF, Conceição PM, Abreu DPG, Ramis IB, Vasconcelos SG, Soares FG. Care practices provided by nurses of the Family Health Strategy to users with tuberculosis. Cogitare Enferm. [Internet]. 2023 [cited in "insert year, month, day"]; 28. Available in: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92311>.

¹Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Rio Grande, RS, Brasil.

²Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande, Faculdade de Medicina, Rio Grande, RS, Brasil.

INTRODUCCIÓN

En Brasil, la Tuberculosis (TB) es un problema de salud pública y un problema social que afecta principalmente a los más vulnerables, entre ellos las personas con VIH/SIDA, la población sin hogar, los indígenas, las personas privadas de libertad y los profesionales de la salud¹⁻³.

Se sabe que la transmisión de *Mycobacterium tuberculosis*, el agente causal de la enfermedad, se produce por la inhalación de aerosoles que contienen bacilos tuberculosos, expulsados por la tos, el habla o el estornudo de la persona con las formas activas de tuberculosis pulmonar o laríngea. La probabilidad de que una persona se infecte depende del grado de exposición (proximidad, condiciones ambientales y tiempo de convivencia), de la infecciosidad del caso (cantidad de bacilos expulsados) y de factores inmunológicos individuales².

Según el Ministerio de Salud, el coeficiente de incidencia de TB en Brasil venía disminuyendo hasta 2015, sin embargo, en 2019, aumentó, alcanzando 37,1 casos por 100 mil habitantes³. En 2020 y 2021, los nuevos casos de la enfermedad mostraron una fuerte caída³. Sería algo para celebrar si no hubiera una pandemia de COVID-19, que comenzó en Wuhan, China, en diciembre de 2019, y aún continúa. Los investigadores informan de que esta evidencia está relacionada con la infranotificación de la tuberculosis, lo que puede repercutir en la mortalidad por esta enfermedad en el futuro⁴. Esta sospecha está en consonancia con la similitud de los síntomas iniciales entre ambas enfermedades, provocando dificultad o retraso en la realización del diagnóstico inicial⁴, hecho que puede contribuir al aumento y agravamiento de los casos de TB.

Al pensar en el COVID-19 y la tuberculosis, los investigadores también mencionan la probabilidad de que la infección por *Mycobacterium tuberculosis* sea un factor de riesgo de infección por SARS-CoV 2 y de neumonía grave en las personas afectadas por la enfermedad en cuestión⁵. Además, el distanciamiento social, que es importante para la mitigación del virus, la necesidad de reorganizar el trabajo de las unidades sanitarias y el alejamiento de los profesionales sanitarios de la primera línea han suscitado preocupación por la forma en que las personas que viven con tuberculosis afrontan la enfermedad. En este sentido, la Estrategia de Salud Familiar (ESF) destaca como la puerta de entrada del usuario al tratamiento de la tuberculosis.

La propuesta de la ESF se orienta hacia la atención humanizada longitudinal a través de cuidados que parten de la expresión de las necesidades del individuo, considerando sus condiciones socioculturales y psicosociales para atender a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad⁶. En el contexto de la TB, la relación mutua entre profesional y usuario promueve la confianza y la autonomía haciendo que el sujeto sea activo en la superación de miedos, temores y estigmas en relación a la enfermedad y al tratamiento, ayudándole en el proceso de afrontamiento⁷. Además, las prácticas de cuidados de enfermería incluyen la organización del servicio, la identificación de los síntomas respiratorios, las visitas domiciliarias, la gestión del flujo de referencia y contrarreferencia al usuario, considerando que la unidad depende de la red de atención especializada⁸. Por lo tanto, hablar de prácticas asistenciales es hablar del cuidado del individuo, de la familia y de la comunidad, desde una perspectiva relacional y técnica.

Sin embargo, la literatura revela obstáculos que impiden una práctica eficaz y eficiente para los usuarios, como la alta rotación de profesionales en usuarios, como la alta rotación de profesionales en las unidades básicas de salud, la dificultad de acceso a pruebas diagnósticas de laboratorio y la falta de preparación del equipo de salud⁸. Frente a esto, es necesario problematizar estas dificultades, desde la perspectiva de los profesionales de salud, para crear estrategias que reduzcan la descalificación y las debilidades de la red. La enfermería tiene un papel esencial en el cuidado de la salud individual y colectiva, destacándose en la supervisión de la atención directa. Se destaca en la supervisión del

tratamiento directamente observado, además de investigar las condiciones socioeconómicas de las personas que viven con la enfermedad⁹ para encontrar una cura y la reintegración del usuario a las actividades de la vida diaria.

Por lo tanto, este estudio se justifica considerando que la ciudad de Rio Grande tiene una alta carga de TB, estando ubicada entre los 15 municipios prioritarios para el control de la TB en el estado¹⁰. Considerando que la ESF es el lugar con posibilidad de fortalecimiento de la atención, y que, al promover el debate sobre la atención a la salud de este público, en tiempos de pandemia, es posible maximizar la implementación de las mejores prácticas.

Así pues, la pregunta es: ¿cuáles son las prácticas asistenciales que prestan los enfermeros a las personas con tuberculosis en la Estrategia de Salud de la Familia? El objetivo es conocer las prácticas asistenciales que prestan los enfermeros a las personas con tuberculosis en la Estrategia de Salud de la Familia.

MÉTODOS

Investigación cualitativa descriptiva, realizada en el primer semestre de 2021, en el municipio de Rio Grande, Rio Grande do Sul - Brasil. Este estudio formó parte del macroproyecto "Tuberculosis en la Atención Primaria de Salud".

En el municipio de Rio Grande existen 30 Unidades Básicas de Salud de la Familia (UBSF) distribuidas en las áreas urbana, rural y litoral. Para participar en el estudio, los criterios de inclusión fueron ser enfermera que trabajara en las unidades de las áreas urbanas, con un mínimo de un año en la unidad. Se excluyeron del estudio las enfermeras que estaban de baja por tratamiento médico en el momento de la recogida de datos, las que estaban de vacaciones y las que llevaban menos de un año trabajando en la unidad.

Las enfermeras fueron invitadas por teléfono a la UBSF. Tras explicar la propuesta y aceptar la invitación, se programó una reunión virtual para la recogida de datos, que tuvo lugar a través de las plataformas Zoom® y Meet®. La reunión se programó a través de una conversación de WhatsApp®, solicitada en el momento del primer contacto. Todas las enfermeras firmaron el formulario de consentimiento, enviado y recibido por WhatsApp®.

La entrevista se compuso de preguntas abiertas que contenían información sobre el perfil de los informantes, las prácticas asistenciales llevadas a cabo tanto en la unidad como en el territorio, así como sobre las facilidades y dificultades para ejercer dichas prácticas. Todas las entrevistas fueron grabadas por la plataforma con el consentimiento de los informantes. Tras la transcripción de los datos, el corpus se analizó según el se analizó según el Análisis de Contenido¹¹. Se siguieron los siguientes pasos: preanálisis del corpus, organización y selección del material según un contenido evidente, exploración y transformación en unidades y, por último, categorización de temas.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande, según el dictamen 4.583.188, y por el Centro Municipal de Educación para la Salud Colectiva de la Secretaría de Salud del municipio de Rio Grande, según el dictamen 005/2021. Para mantener el anonimato de las participantes, se utilizó la letra E de enfermera, seguida del número de entrevista (E1, E2...).

RESULTADOS

Once enfermeras de la UBSF participaron en el estudio. Todas eran mujeres, con

edades comprendidas entre 31 y 54 años, de raza blanca. El tiempo de ejercicio profesional oscilaba entre 4 y 22 años. Sólo seis enfermeras informaron haber realizado algún curso o participado en eventos relacionados con el tema. Todas ellas mencionaron no haber estado nunca enfermas de tuberculosis. A continuación, se presentan las tres categorías elaboradas a partir de la categorización temática del corpus: (Rel)Acciones en el cuidado de enfermería al usuario con TB; Prácticas relacionadas con el cuidado de enfermería: obstáculos y concepciones erróneas; (Re)Pensamiento sobre las orientaciones dadas al usuario. (Rel)Acciones en el cuidado de enfermería al usuario con TB.

Los testimonios analizados tratan de prácticas que incluyen la vinculación y la acogida de los usuarios de TB por parte de las enfermeras y el equipo. También se enumeraron prácticas relacionadas con la atención de enfermería a los usuarios y sus familias y el seguimiento del tratamiento directamente observado.

En cuanto al vínculo, los informes muestran que es un proceso que fortalece la relación entre equipo y usuario, favoreciendo la comprensión de la TB y la adherencia al tratamiento:

Lo que hace que el paciente se adhiera al tratamiento es el equipo que lo asiste, generalmente el cuidado con el vecino, el cuidado que tiene confianza, es el cuidado de la enfermera. La disponibilidad que la enfermera da a ese usuario. Básicamente es eso, es nuestro momento de protagonismo, creo yo, dentro de la Atención Primaria, para manejar mejor todas las situaciones. El paciente, como se siente acogido, valorado, realmente cuidado, acaba cediendo al tratamiento.” (E9)

Tenemos que ser abiertos con el paciente para que se sienta seguro y crear ese vínculo en el conjunto del servicio y ser ese puente. Cuando el paciente necesite más cuidados, una especialidad, tenemos que ser los mediadores de esto, porque volverá a nosotros otra vez y, aunque se cure, seguirá siendo nuestro” (E8).

Para las entrevistadas, la acogida se considera una práctica humanizadora desde el momento en que el usuario llega a la unidad, reduciendo el tiempo de espera para la realización del tratamiento directamente observado, hasta el momento en que realizan las orientaciones y el seguimiento del caso:

Trato de ver si ya están ahí, de llamarlos para que los atiendan, para que no esperen mucho, lo que también a veces hace que desistan de venir. (E5)

La recepción es con la enfermera, la enfermera recibe todas las advertencias, todo, da todas las pautas de tratamiento y a partir de ahí la conversación es sólo con la enfermera, la enfermera hace toda la recepción con el paciente de TB, hasta el final del tratamiento. (E1)

Otras prácticas de cuidados de enfermería están compuestas por la asistencia que se ocupa de la prevención, control y cura de los usuarios con TB. Su planificación comienza con la organización y evaluación de la atención al usuario, incluyendo acciones de identificación de síntomas respiratorios y contactos, orientación y reconocimiento de las dificultades de la persona con la enfermedad:

Nuestro papel es identificar a los comunicantes para hacer un diagnóstico lo más precoz posible y garantizar su atención, tanto en la agilidad de la remisión para hacer la prueba rápida (GeneXpert), también hacer las pruebas de seguimiento, porque necesitan hacer la radiografía con frecuencia, las pruebas de laboratorio. Así que, de hecho, es un trabajo de colaboración; la unidad con el sector de la fisiología. Entonces, el papel de la enfermera es garantizar la calidad de la atención, garantizar la continuidad del tratamiento, el papel de la enfermera es coordinar la atención de salud para el paciente con tuberculosis y su familia. (E3).

Cuando alguien está bajo investigación y da positivo, buscamos activamente los concomitantes de todas las personas que viven en esa casa y que tienen contacto directo con ellos. Esto es muy importante, no sólo tratas a la persona y ya ha pasado a otra, así que

intentamos dar esta orientación para llamar a la gente de la casa o ir a la casa y hacer esta investigación de todos los concomitantes. (E7)

Al analizar las declaraciones de los profesionales, destaca la gestión del tratamiento directamente observada a través del fomento de la adherencia al tratamiento desde la primera consulta de enfermería:

El equipo de enfermería es responsable, tanto la enfermera como el técnico, del tratamiento supervisado, de asegurar la entrega de la medicación... vemos, controlamos toda la medicación. A veces ocurre que también cambian de área, y llamamos a las unidades a las que fueron para avisarles de que el usuario tiene que tomar el tratamiento supervisado. Les facilitamos el acceso cuando llegan a la unidad, cuando llegan e informan a la recepción, a veces la propia recepcionista identifica que tienen TB. (E3)

Prácticas relacionadas con los cuidados de enfermería: obstáculos y conceptos erróneos

Esta categoría aborda algunos obstáculos para hacer frente a la TB, ya sea por parte del usuario o por la extensa rutina de trabajo de los profesionales sanitarios y la fragilidad de la red de apoyo. También señala algunas ideas erróneas de las enfermeras sobre las prácticas relacionadas con las directrices de atención.

Desde el punto de vista de las enfermeras, el consumo de sustancias químicas, como el alcohol y otras drogas por parte de los usuarios, puede convertirse en un factor determinante para la no adherencia al tratamiento. Las malas condiciones socioeconómicas también interfieren en este proceso:

Creo que lo más difícil es que entiendan que tienen que tomar la medicación todos los días y no beber alcohol. Que se desvinculen de la adicción es muy triste para ellos, así que dejan de tomar la medicación para beber alcohol. (E1)

El paciente es muy reacio a tomar el tratamiento, porque es muy largo, así que hacer que se adhiera al tratamiento es muy difícil [...]. El tema de la vulnerabilidad social, a veces hay un poco de violencia doméstica asociada. Cuando vas a hablar, acabas descubriendo otros contextos. Le das toda la orientación, pero si vive en una casa donde sólo hay una habitación y viven diez personas [...] A veces la persona ni siquiera tiene dinero para comer. Te resulta más difícil hacer intervenciones, porque tienes las manos atadas. (E9)

La realidad aquí es muy complicada, hay casas que son habitaciones sin baño... es diferente a lo que aprendemos en la universidad: se guía la higiene, bañarse todos los días... y llegas a una casa donde la madre vive con cinco hijos en una habitación sin baño. (E2)

Desde el punto de vista profesional, denuncian que debido a la carga de trabajo muchas veces no pueden realizar consultas de enfermería, visitas domiciliarias, acompañar al usuario en el tratamiento directamente observado y hacer búsqueda activa con el equipo. Además, está la debilidad de la propia red de apoyo, que debería cubrir otras necesidades del usuario, pero no funciona:

Ya he tenido que hacer búsqueda activa... esta necesidad de tener una atención muy exclusiva al paciente con tuberculosis. Pero a veces la demanda de la unidad no nos permite tener esta dedicación y esta atención como debe ser. El sector no puede atender a todo el municipio, la demanda que tenemos en la unidad que ralentiza el sistema. Tenemos mucha demanda y no hay suficiente personal, no hay suficiente gente para manejar este trabajo, me refiero a hacerlo con calidad. (E4)

La atención primaria tiene limitaciones, a veces hay que compartirlo con los sectores responsables. Así, los pacientes necesitan el seguimiento de un psiquiatra, necesitan CAPS

AD, necesitan hospitalización, pacientes con drogas duras. Así que gestionar la clínica y la enfermedad específica es una situación, pero cuando hay un combo junto es muy complicado. Así que hay que contar con este apoyo para poder acceder a estos servicios especializados. Necesitas tener cierta agilidad y se complica, llegas y no hay psiquiatra en el lugar, no hay cierto profesional para hacer la derivación o el programa de tuberculosis se ha quedado sin profesionales... Es complicado. (E10)

En cuanto al seguimiento del tratamiento directamente observado, la pandemia de COVID-19 ha dificultado la supervisión por parte del personal de enfermería, generando incertidumbre sobre la adherencia del usuario a la medicación. Por otro lado, no obligaba al usuario a acudir diariamente a la unidad:

Funcionaba mucho mejor antes de la pandemia porque les acompañábamos a diario. Ahora con la pandemia pensamos que era mejor, debido a la distancia aquí en el campo para llegar a la unidad, establecimos que tomaran la medicación una vez a la semana. Pero, antes era mucho mejor porque les dábamos la medicación, los veíamos tomarla ahí delante de nosotros y ahora como que ha cambiado. (E5)

Creo que ha facilitado un poco el tema de la pandemia porque vienen y se toman la medicación durante una semana o 15 días, pero no tenemos tanto control, pensamos que se están tomando la medicación y lo ponemos en el informe. (E8)

Por último, hubo algunos malentendidos relacionados con la orientación sobre la tuberculosis a los usuarios, como el periodo de transmisión del bacilo y el momento de retirada del servicio:

En el primer mes el paciente es retirado del servicio, no puede estar en el servicio, no puede trabajar. Se le asiste, se le da medicación cada vez que viene a la clínica, y se le retira del servicio, no puede trabajar con tuberculosis, porque la está transmitiendo, está seis meses fuera del servicio. (E1)

Pedimos aislamiento respiratorio, con la mascarilla y no mezclar utensilios de cubertería, reforzando los 10 primeros días de tratamiento. (E7)

(Re) reflexionando sobre la orientación proporcionada al usuario.

Los testimonios hablan de la orientación proporcionada por las enfermeras en relación con la tuberculosis, incluido su concepto, los cuidados específicos, la transmisión y sobre el estigma de la enfermedad. También enumeran algunos cambios en la percepción de la enfermedad ante la pandemia de COVID-19:

Explicamos que es una enfermedad contagiosa por vía respiratoria, que tiene tratamiento, que hay que diagnosticarla precozmente para que no deje lesiones. (E10)

Por último, los informes muestran la transferencia del miedo y el temor a la tuberculosis a COVID-19, por parte de los usuarios. También revelan que, con la pandemia, las orientaciones dadas sobre el uso de mascarillas se dirigen tanto a los tuberculosos como a la comunidad que asiste a la unidad, minimizando la vergüenza de que la persona con la enfermedad utilice este equipo de protección.

Cuando nos orientamos, la mayoría tiene miedo de lo que pensarán los demás, el miedo de haber contaminado a un familiar, a una persona cercana, la duda también de cómo se infectaron. Hoy tenemos el COVID, que es una enfermedad altamente transmisible, pero antes de 2020 la gente tenía mucho más miedo a la tuberculosis. Hoy creo que ese miedo se ha trasladado un poco a COVID, pero siguen teniendo [miedo]. (E8)

Orientamos el uso de la mascarilla. Creo que ha disminuido, puede que haya disminuido [los casos de TB], porque ahora tienen la obligación de llevar mascarilla cuando están en la calle. Por tanto, es más difícil contraer la enfermedad porque llevan mascarilla y los que son seropositivos la llevan ahora sin vergüenza. Una de las dificultades era la vergüenza

que tenían de llevar la mascarilla y sólo él la llevaba en la calle, al principio del tratamiento cuando todavía se está transmitiendo, pero hoy en día no existe tal cosa porque todo el mundo lleva mascarilla. (E2)

DISCUSIÓN

Entre las prácticas realizadas en la ESF, se destaca el establecimiento del vínculo entre las personas con TB y los profesionales de enfermería, lo que resulta en la resolutivez de las acciones de salud. Por lo tanto, es evidente que el establecimiento del vínculo contribuye al control de la TB, considerando que el sentimiento de confianza en el profesional motiva al usuario a enfrentar la enfermedad y a no abandonar el tratamiento.⁶ Esta relación es favorecida en las unidades de la ESF debido a sus atributos de territorialidad, longitudinalidad y ser la puerta de entrada a la red de apoyo¹².

Con relación a la acogida, se observa que las enfermeras visualizan al usuario de TB más allá del concepto de alguien que busca el servicio sólo para realizar un seguimiento sistemático. Garantizar privacidad, priorizar cuidados, ofrecer atención humanizada y singular son mencionados por ellas, aumentando las posibilidades de éxito del tratamiento, considerando el alto abandono y los problemas que rodean a la población con TB^{9,13-15}.

En este contexto, la acogida forma parte de una relación que pretende estimular el autocuidado y la autonomía individual, importantes durante el tratamiento de la TB. La acogida, el intercambio de afecto y la empatía son acciones reconocidas por los usuarios¹⁶ que van más allá de la asistencia técnica, configurándose, en este sentido, como cuidados basados en el enfoque relacional¹².

Por otro lado, se observaron prácticas que pretenden lograr una atención en una relación que incluya otras facetas, además de la relación dialógica con el usuario. Según los informes, incluye la identificación de los síntomas respiratorios, las acciones de prevención, la búsqueda activa de contactos, la garantía de acceso a la red de apoyo especializada y el reconocimiento de las dificultades del usuario.

Garantizar la derivación a la red intersectorial también es responsabilidad de la enfermera, como se observa en las declaraciones, ejerciendo la función de gestión de la atención.

La ESF es la puerta de entrada, pero también es un coordinador, dependiendo tanto de los servicios que realizan el seguimiento mensual de los usuarios, a través de pruebas de imagen y de laboratorio, como de aquellos capaces de atender las demandas sociales, incluyendo alcoholismo, tabaquismo, uso de sustancias psicoactivas, etc².

La búsqueda activa es otra práctica que integra los cuidados de enfermería. Esta acción es recomendada para todos los contactos domiciliarios del caso fuente, en el lugar de trabajo, en la escuela, considerando el grado y el tiempo de exposición del individuo, así como debe ser realizada con síntomas respiratorios, personas con tos y esputo por tres semanas o más¹⁷. Esta estrategia es fundamental para romper el ciclo de transmisión de la enfermedad, aunque no siempre sea realizada por enfermeros, que acaban delegándola al agente comunitario de salud¹⁸.

La enfermería tiene un papel protagónico en el enfrentamiento de la enfermedad en la Atención Primaria de Salud, con énfasis en la ejecución del tratamiento directamente observado (TDO), promoviendo la adherencia terapéutica, como se evidencia. La descentralización del TDO se configura en mejores posibilidades de resolución de la enfermedad, siempre que no sea vista por los profesionales sólo como una ingesta de pastillas. Es necesario invertir en la construcción de una responsabilidad compartida entre servicios y usuarios, pues incluso con supervisión existe el riesgo de abandono del tratamiento¹⁹.

La segunda categoría puso de relieve los obstáculos y malentendidos en las prácticas cotidianas de atención a los usuarios. Los profesionales mencionaron las dificultades de adherencia al tratamiento por parte de los usuarios de drogas, ya que abandonan la medicación debido a la dependencia química. La asociación entre el consumo de alcohol y otras drogas y una mayor tasa de abandono del tratamiento figura en estudios anteriores^{14-15, 20}.

Estudios nacionales e internacionales¹⁴⁻¹⁵ revelan que los pacientes con coinfección por VIH, con reingreso tras abandono y recaída también encuentran mayor resistencia a adherirse al tratamiento, lo que refuerza la importancia de priorizar las necesidades de estos grupos. No obstante, se sabe que no es un hecho aislado, que se superponen otros problemas como la baja escolaridad¹⁹⁻²⁰, vivir lejos de los servicios de salud^{14-15, 21}, problemas mentales¹³ y socioeconómicos²⁰.

Así, reconocen la necesidad de investigar el contexto de vida de esos individuos, pues otros problemas, como violencia doméstica y casos de depresión,²¹ pueden estar presentes en la vida del usuario, exigiendo la adopción de estrategias de cuidado más allá de la enfermedad. En cuanto a las adversidades socioeconómicas, las enfermeras se sienten incapaces de actuar, ya que saben que es poco probable que se sigan las directrices relativas a las medidas de precaución y prevención de la enfermedad.

Así, destacan la falla derivada de la formación universitaria, ya que no se tienen en cuenta los problemas sociales y económicos de las personas con TB, centrándose sólo en la patología, lo que dificulta el abordaje en la práctica profesional. Relatos semejantes fueron descritos por estudiantes de enfermería de una Universidad Federal del estado de Mato Grosso do Sul, indicando que las clases no fueron suficientes para capacitarlos sobre la enfermedad²².

Desde el punto de vista profesional, mencionan que la elevada demanda de trabajo en la unidad y el escaso número de profesionales imposibilitan, en la mayoría de los casos, realizar las actividades relacionadas con la prevención de enfermedades y la búsqueda activa con la calidad deseada. Las deficiencias en la organización, la falta de conexión entre servicios, la carencia de materiales, equipos y recursos humanos también se evidenciaron en otros estudios^{8, 23-24}.

Para alcanzar lo que se propone en el Plan Nacional para el Fin de la Tuberculosis como Problema de Salud Pública, es necesario invertir en los equipos, en la organización de la unidad, de la referencia y contrarreferencia, garantizar la disponibilidad de pruebas y medicamentos, promover la discusión de los casos de TB entre los profesionales de la salud, así como la articulación de la APS con los demás niveles de atención²⁵, sobre todo teniendo en cuenta que este público tiene numerosas demandas sanitarias.

También se informó que la pandemia de COVID-19 interfirió en las prácticas de atención a los pacientes en las UBSF del municipio, ya que tradicionalmente los usuarios viajaban diariamente a la unidad para tomar la medicación. Con la pandemia, para mantener el distanciamiento social, hubo consenso entre la dirección municipal y las unidades sobre la entrega de la medicación al usuario por un período de hasta 15 días. Si por un lado facilitaba la vida de la persona con TB, dificultaba el proceso de seguimiento por parte de las enfermeras, aportando inseguridad en la eficacia del tratamiento. TB y COVID-19 configuran un escenario pesimista, en este sentido, se debe prestar mayor atención al usuario para minimizar la ocurrencia de casos graves y hospitalizaciones en esta población.⁴

Además, destacan las ideas erróneas de las enfermeras relacionadas con el tratamiento de la tuberculosis. Se sabe que después de 15 días de tratamiento, el usuario deja de ser bacilífero positivo, sin riesgo de transmitir *M. Tuberculosis*², aunque necesita seguir el tratamiento. Además, los profesionales informaron de la necesidad de ausentarse del trabajo, así como de separar los utensilios personales. La persona con la enfermedad puede volver al trabajo después de iniciar el tratamiento, entre 15 y 30 días, lo que dependerá de sus condiciones físicas y clínicas².

La separación de cubiertos, vasos y platos no es necesaria, teniendo en cuenta que la transmisión se produce a través de partículas en suspensión, expulsadas por el aire. El desconocimiento de las formas de prevención refuerza los tabúes y estigmas sobre el enfermo^{16,21}.

Por último, la tercera categoría mostró que las directrices también surgieron como prácticas que integran los cuidados. La orientación sobre la enfermedad, la transmisión y la prevención por parte del personal de enfermería es fundamental, ya que el desconocimiento sobre la enfermedad está presente entre las personas y los familiares, como se puso de manifiesto en un estudio en el que personas con tuberculosis relacionaban la etiología de la enfermedad con una mala alimentación, una gripe mal curada o una neumonía¹⁶.

También destacaron los estigmas sociales, el miedo y los prejuicios sobre la enfermedad, hecho que atenuaron y trasladaron a COVID-19. Ante la obligatoriedad del uso colectivo de mascarillas en los servicios sanitarios, destacan que las personas con TB se sienten más cómodas, al no ser objeto de miradas.

Debido a este nuevo hábito practicado por todos los usuarios, los participantes creen que los casos de TB pueden disminuir en un tiempo. La literatura advierte que, debido a las características similares entre ambas enfermedades, como la fiebre y los síntomas respiratorios, los casos de TB pueden diagnosticarse tarde en este periodo pandémico, causando pérdidas en su incidencia y mortalidad futuras⁴.

Este estudio presentó limitaciones en la recogida de datos debido a la pandemia, lo que imposibilitó que algunas enfermeras ayudaran a la investigadora debido a la demanda de casos de síndrome gripal en la unidad. Otras negativas se produjeron debido a la enfermedad y al diagnóstico de COVID-19.

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio cumplió los objetivos, mostrando prácticas asistenciales basadas en el establecimiento de un vínculo y en la acogida de las personas que viven con TB. Además de las prácticas dialógicas y relacionales, se destacaron las acciones relacionadas con la prevención, el control y la cura de la enfermedad.

Sin embargo, se destacaron algunos obstáculos y malentendidos. Los participantes mencionaron que el consumo de drogas y las dificultades socioeconómicas de los usuarios dificultan la adherencia al tratamiento y garantizan una buena calidad de vida para hacer frente a la enfermedad. Desde el punto de vista profesional, destacaron la gran demanda de trabajo, la falta de recursos humanos y la fragilidad de la red de apoyo. La pandemia también fue citada como un aspecto que dificultó la observación de la TDO en la unidad. Los conceptos erróneos estaban relacionados con el momento de transmisión y aislamiento del bacilo, así como con la forma de contagio, que se asociaba a compartir cubiertos.

Consideraron que las directrices se centran en el tratamiento, las formas de transmisión, la prevención, incluyendo aspectos sobre el uso de mascarilla y sobre el estigma de la enfermedad, trasladado temporalmente por la población a COVID-19.

Por lo tanto, las evidencias de este estudio sirven de subsidio para los profesionales, al demostrar que las prácticas asistenciales prestadas por enfermería pueden contribuir a alejar o mantener a la persona con TB del servicio, dependiendo tanto de atributos personales/profesionales como externos a la unidad. Los cuidados sanitarios reales frente a los ideales demuestran que el camino aún es largo. Las prácticas humanizadas, singulares y acogedoras son tan fundamentales como la necesidad de una red articulada, con profesionales formados, que refleje la garantía de una atención cualificada a las personas que viven con tuberculosis.

AGRADECIMENTOS

Agradecimientos a la FAPERGS por la beca PROBIC concedida en el ámbito del reglamento de la Convocatoria FAPERGS 02/2021 - Programa Institucional de Becas de Iniciación Científica y de Iniciación e Innovación Tecnológica - Probic/Probiti.

REFERENCIAS

1. Macedo LR, Maciel ELN, Struchiner CJ. Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil, 2007-2013. *Epidemiol. Serv. Saude.* [Internet]. 2017 [cited in 2022 Aug. 06]; 26(4):783-94. Available in: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400010>.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited in 2022 Aug 06]. Available in: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. [Internet]. Tuberculose 2022. [Internet]. 2022 [cited in 2022 Aug. 06]. Available in: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de_conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf.
4. Silva DR, Mello FCQ, D'Ambrosio L, Centis R, Dalcolmo MP, Migliori GB. Tuberculose e COVID-19, o novo dueto maldito: quais as diferenças entre Brasil e Europa? *J Bras Pneumol.* [Internet]. 2021 [cited in 2022 Aug. 06]; 47(2): e20210044. Available in: <https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20210044>.
5. Maciel ELN, Gonçalves Júnior E, Dalcomo MMP. Tuberculose e coronavírus: o que sabemos? *Epidemiol. Serv. Saude.* [Internet]. 2020 [cited in 2022 Aug. 06]; 29(2): e2020128. Available in: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200010>.
6. Oliveira AH, Pinto AGA, Quirino GS, Cruz RSBL, Pereira MLD, Cavalcante EGR. Necessidades de saúde das pessoas com tuberculose pulmonar. *Rev. Enferm. UFSM.* [Internet]. 2021 [cited in 2022 Aug. 07]; 11: 1-18. Available in: <https://doi.org/10.5902/2179769243901>.
7. Santos LSR dos, Paz EPA. A vivência do tratamento de tuberculose em unidades de Saúde da Família. *Esc. Anna Nery.* [Internet]. 2020 [cited in 2022 Aug. 07]; 24(2): e20190209. Available in: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0209>.
8. Spagnolo LM de L, Tomberg JO, Martins MD da R, Antunes LB, Gonzales RIC. Detecção da tuberculose: a estrutura da atenção primária à saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2018 [cited in 2022 Aug. 07]; 39: e20180157 e20190209. Available in: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180157>.
9. Guimarães TMR, Amorim CT, Barbosa EFF, Ferreira FM da S, Farias CEL, Lopes BS. Cuidados de Enfermagem a um paciente portador de tuberculose pulmonar e morbididades: relato de caso. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* [Internet]. 2018 [cited in 2022 Aug. 07]; 10(3):683-9. Available in: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.683-689>.
10. Rio Grande do Sul. Informe epidemiológico. Programa Estadual de Controle da Tuberculose. Secretaria Estadual da Saúde. Informe Epidemiológico: Tuberculose 2019. [Internet]. Secretaria Estadual da Saúde; 2019. Available in: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201905/28115905-informetb2019.pdf>
11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2015.
12. Santos ROM dos, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na saúde da família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis* [Internet]. 2018 [cited in 2022 Aug. 08]; 28(2): e280206. Available in: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>.

13. Oliveira SP de, Silveira JTP da, Beraldi-Magalhães F, Oliveira RR de, Andrade L de, Cardoso RF. Early death by tuberculosis as the underlying cause in a state of Southern Brazil: Profile, comorbidities and associated vulnerabilities. *Int. J. Infect. Dis.* [Internet]. 2019 [cited in 2022 Aug. 08]; 80: 50–7. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2019.02.043>.
14. Sousa GJB, Maranhão TA, Leitão TMJS, Souza JT de, Moreira TMM, Pereira MLD. Prevalência e fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose. *Rev. esc. enferm. USP.* [Internet]. 2021 [cited in 2022 Aug. 08]; 55: e03767. Available in: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020039203767>.
15. Serna BEB. Factores influyentes en la adherencia y abandono en la terapia preventiva para la infección por tuberculosis latente en pacientes con VIH. *Arch. de Medicina.* [Internet]. 2019 [cited in 2022 Aug 08]; 19(1): 56-65. Available in: <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2791.2019>.
16. Braga SKM, Oliveira T da S, Flavio FF, Véras GCB, Silva BN, Silva CRDV. Estigma, preconceito e adesão ao tratamento: representações sociais de pessoas com tuberculose. *Rev. Cuid* [Internet]. 2020 [cited in 2022 Aug. 09]; 11(1): e785. Available in: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.785>.
17. Gabardo BMA, Maluf EMCP, Freitas MBF de, Gabardo BA. É necessário realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios independentemente dos cenários epidemiológicos locais? *J Bras Pneumol.* [Internet]. 2019 [cited in 2022 Aug. 09]; 45(6): e20190171. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20190171>.
18. Siqueira TC, Martellet MG, Tavernard GLN, Silva VM, Moura STS, Silva LAF, Orfão NH. Percepção de enfermeiros: enfoque na família e orientação para a comunidade nas ações de tuberculose. *Cienc. Cuid. Saúde* [Internet]. 2020 [cited in 2022 Aug. 09]; 19: e50175. Available in: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.50175>.
19. Navarro PD de, Haddad JPA, Rabelo JVC, Silva CHL e, Almeida IN, Carvalho WS, et al. O impacto da estratificação por grau de risco clínico e de abandono do tratamento da tuberculose. *J. bras. pneumol.* [Internet]. 2021 [cited in 2022 Aug. 09]; 47(04): e20210018. Available in: <https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20210018>.
20. Mohammedhusein M, Hajure M, Shifa JE, Hassen TA. Perceived stigma among patient with pulmonary tuberculosis at public health facilities in southwest Ethiopia: a cross-sectional study. *PLoS One.* [Internet] 2020 [cited in 2022 Aug. 12]; 15(12): e0243433. Available in: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243433>.
21. Carvalho CF, Ponce MAZ, Silva-Sobrinho RA, Mendez RDR, Santos MA, Santos EM, et al. Tuberculose: conhecimento entre alunos de graduação em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [cited in 2022 Aug. 13]; 72(5): 1279-87. Available in: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0384>.
22. Melo L de SO, Oliveira EN, Neto FRGX, Viana LS, Prado FA, Costa JBC. Passos e descompassos no processo de cuidado aos portadores de tuberculose na atenção primária. *Enferm. foco* [Internet]. 2020 [cited in 2022 Aug. 13]; 11(1): 136-41. Available in: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2917/718>.
23. Rabelo JVC, Navarro PD de, Carvalho W da S, Almeida IN de, Oliveira CFS, Haddad JPA, et al. Avaliação do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde no controle da tuberculose em metrópole do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* [Internet]. 2021 [cited in 2022 Aug. 13]; 37(3): e00112020. Available in: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112020>.
24. Zinatsa F, Engelbrecht M, Rensburg AJV, Kigozi G. Voices from the frontline: barriers and strategies to improve tuberculosis infection control in primary health care facilities in South Africa. *BMC Health Services Research.* [Internet]. 2018 [cited in 2022 Aug. 13]; 18: 269. Available in: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3083-0>.

CARE PRACTICES PROVIDED BY NURSES OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY TO USERS WITH TUBERCULOSIS

ABSTRACT:

Objective: to understand the care practices provided by nurses to people with tuberculosis in the Family Health Strategy. **Method:** descriptive qualitative research, carried out with 11 nurses from family health units in the Rio Grande, RS - Brazil, in the first semester of 2021. The invitation was made by telephone and an online interview was scheduled. The data were analyzed according to content analysis. **Results:** three categories were evidenced; Practices related to nursing care: obstacles and misconceptions, (Re)Actions in nursing care for the user with TB, (Re)Thinking about the guidelines provided to the user. The care practices were based on the bond and on welcoming the user. However, there were misunderstandings in the guidelines and obstacles in coping with the disease. A change was observed in the conduct and perception about the disease in the face of the Covid-19 pandemic. **Conclusion:** good care practices, both relational and technical, are crossed by difficulties, whether internal or external to the unit. **DESCRIPTORS:** Health Care; Primary Health Care; Nursing; Disease Prevention; Tuberculosis.

Recibido en: 03/10/2022

Aprobado en: 24/05/2023

Editor asociado: Dra. Luciana Nogueira

Autor correspondiente:

Daniele Ferreira Acosta

Universidade Federal do Rio Grande

Rua General Osório, s,n Área acadêmica Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr.

E-mail: nieleacosta@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Acosta DF, Conceição PM, Ramis IB, Vasconcelos SG, Soares FG**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Acosta DF, Abreu DPG, Ramis IB**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Acosta DF, Conceição PM, Abreu DPG, Ramis IB, Vasconcelos SG, Soares FG**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).