

Percepción de los trabajadores de salud de unidades básicas de salud de São Paulo (Brasil) sobre la tuberculosis

Perception of health workers of basic health units of São Paulo (Brazil) on tuberculosis

Percepção dos trabalhadores de unidades básicas de saúde de São Paulo (Brasil) sobre a tuberculose

ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ* Y MARÍA RITA BERTOLOZZI**

Resumen

Objetivos: identificar las percepciones que sobre tuberculosis tienen los trabajadores de la salud en una región del municipio de São Paulo, Brasil.

Métodos: la investigación fue conducida sobre el referencial teórico de la hermenéutica-dialéctica y se cumplieron los preceptos éticos de investigación. Las categorías profesionales que conformaron la muestra fueron médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Los datos se recolectaron a través de entrevistas a los trabajadores después de lectura y aceptación de consentimiento informado. Se analizaron 15 entrevistas semiestructuradas de trabajadores de la salud, durante el periodo octubre-diciembre de 2004.

Resultados: se identificaron percepciones cargadas de prejuicio con relación a la enfermedad y sus portadores, lo que puede afectar la detección precoz de la enfermedad. En las percepciones se evidenciaron, como causas de la enfermedad, explicaciones que de forma predominante se orientan a la teoría

de la multicausalidad; se identificó resistencia y miedo al contagio de la enfermedad por los trabajadores entrevistados.

Conclusiones: las percepciones acerca de la enfermedad pueden condicionar las prácticas de cuidado al enfermo, así como también el control y la adhesión al tratamiento. Además estas percepciones marcadas de estigma pueden afectar la detección precoz y la perpetuación del prejuicio con relación a la tuberculosis.

Palabras clave: tuberculosis, percepción, investigación cualitativa (fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

Objective: Identify the perceptions on tuberculosis held by health workers in a region of the municipality of São Paulo, Brazil.

Methods: the study was conducted on the hermeneutic-dialectic theoretical reference and the research ethical precepts were met. The professional categories that formed the sample were doctors, nurses and nursing assistants. Data were gathered through interviews to workers after reading and acceptance of an informed authorization. 15 semi-structured interviews of health workers were analyzed during the period October-December 2004.

Results: perceptions loaded with prejudices were identified in relation to the disease and its carriers, which may affect its early detection. The perceptions evidenced, as disease causes, explanations that are predominantly oriented towards the

* Enfermera, doctora en Enfermería de la Universidad de São Paulo. Eeusp, Brasil. Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. aimunoz@unal.edu.co, Bogotá, Colombia.

** Enfermera, doctora en Salud Pública. Profesora libre docente del Departamento de Enfermería en Salud Colectiva de la Eeusp. mrbertol@usp.br, Sao Paulo, Brasil.

multi-coincidence; resistance and fear of interviewed workers to be infected with the disease.

Conclusions: perceptions about the disease may condition the care practices of the sick person, as well as control and adhesion to treatment. In addition, these perceptions marked with stigmas may affect early detection and perpetuation of the prejudice in relation to tuberculosis.

Key words: Tuberculosis, perception, Qualitative Research

Resumo

Objetivos: identificar como os trabalhadores da área da saúde numa região do município de São Paulo, Brasil, percebem a tuberculose.

Métodos: a pesquisa foi suportada no âmbito referencial teórico da hermenêutica – dialética e cumpriram-se os preceitos éticos de pesquisa. As categorias profissionais que constituíram a amostra foram médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Os dados foram compilados através de entrevistas aos trabalhadores depois da leitura e aceitação do consentimento informado. A análise esteve focada em quinze entrevistas semi-estruturadas de trabalhadores da saúde, durante o período de outubro – dezembro de 2004.

Resultados: identificaram-se percepções carregadas de preconceitos no relativo à doença e aos seus portadores, sendo que isso poderia afetar a detecção precoce da doença. Nas percepções, verificaram-se como causas da doença, explicações predominantemente relacionadas com a teoria da multi-causalidade; identificou-se resistência e medo ao contágio da doença por parte dos trabalhadores entrevistados.

Conclusões: as percepções sobre a doença poderiam condicionar as práticas de cuidado do doente, bem como o controle e aderência ao tratamento. Além disso, essas percepções marcadas de estigma podem afetar a detecção precoce e a perpetuação do preconceito em relação com a tuberculose.

Palavras chave: Tuberculose, Percepção, Pesquisa Qualitativa

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis todavía prevalece en el escenario mundial; es consecuencia principalmente de procesos como la desigualdad social, la epidemia de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y el abandono del tratamiento; situaciones que pueden generar cepas resistentes al bacilo tuberculoso, contribuyen a la magnitud y perpetuación de la enfermedad. Las fallas en los programas de control y las dificultades de acceso a los servicios de salud también contribuyen a este panorama.

Según los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2007 se presentaron 9,27 millones

de casos nuevos de la enfermedad (1). Una persona con tuberculosis activa sin tratamiento puede infectar en promedio entre 10 y 15 personas por año. El bacilo puede permanecer en estado de latencia por muchos años en el organismo y puede activarse a través del tiempo (2, 3).

Específicamente en Brasil la tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública. El país ocupa el decimocuarto lugar entre los 22 países responsables por el 80% del total de casos de tuberculosis mundial (4). Según la OMS, en ese país el total de casos nuevos en 2007 era de 92.000 y la prevalencia de VIH en adultos con diagnóstico de tuberculosis era de 14% (4).

La enfermedad se distribuye de forma desigual entre las regiones del Brasil; específicamente en la región sudeste, por ejemplo, el número de casos nuevos fue 16.859 en Río de Janeiro, 1.460 en Espírito Santo, y en São Paulo el número total de casos nuevos fue de 18.265 (5).

La manifestación de la enfermedad es producto de las condiciones de vida y de trabajo, así como de la forma en que las políticas de salud han sido estructuradas para responder al problema.

Un gran número de expertos consideran fundamental desarrollar estudios sobre la percepción que trabajadores de la salud, la familia y el paciente tienen acerca de la enfermedad, porque es posible que estas contribuyen a la adhesión al tratamiento (6-8).

Bajo esta premisa o supuesto se condujo esta investigación; se admite que las percepciones de los trabajadores de la salud sobre la tuberculosis pueden fortalecer o limitar el tratamiento del paciente y afectar la forma como se da el proceso de atención en salud. Por tanto, el objetivo de la investigación se centró en identificar las percepciones de los trabajadores de salud, en una región del municipio de São Paulo, sobre tuberculosis.

MÉTODOS

Este estudio constituye parte de la tesis de doctorado “La estrategia de tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: significados para los trabajadores de unidades de salud de la región central del municipio de São Paulo, Brasil”, e integró un proyecto más amplio liderado por la Escuela de enfermería de la Universidad de São Paulo titulado “Estrategia de tratamiento acortado estrictamente supervisado, (TAES) en el municipio de São Paulo,

Brasil: potencialidades y límites en la adherencia al tratamiento de la tuberculosis” (8).

El estudio se desarrolló en la región administrativa de salud correspondiente a la coordinación de salud Centro-oeste, de la región central del municipio de São Paulo (9). Los datos se recolectaron a través de grabación de las entrevistas semiestructuradas, se mantuvo la confidencialidad de su identidad y todas las demás exigencias de la Resolución 196/96 sobre investigación con seres humanos, Brasil, 1996 (10).

El número de sujetos que integró el estudio no se definió previamente, en coherencia con la metodología propuesta (11). Los criterios de inclusión fueron ser trabajador de salud que participara de forma directa en las acciones del programa de control de tuberculosis en las unidades básicas de atención y aceptar participar en el estudio. La saturación de la información se alcanzó con un total de 15 trabajadores entrevistados. Se utilizó una guía semiestructurada para las entrevistas, que fue sometida a prueba piloto y analizada por profesional calificado y experto, antes del inicio de la recolección de los datos. Estos se recolectaron y procesaron a través de la técnica de análisis del discurso propuesta por Florín (12), durante el periodo agosto-diciembre de 2004.

El marco teórico que se utilizó para analizar las percepciones de la tuberculosis fue la hermenéutica-dialéctica. Siendo las percepciones una categoría básica de la investigación cualitativa en salud y definidas como “ideas, imágenes, conceptos y visiones del mundo que los actores sociales poseen sobre la realidad” (13, 14) y considerando la atención a la persona con diagnóstico de tuberculosis como un proceso multidimensional con un gran componente interaccional, se hace imperativo incluir análisis de la dimensión subjetiva de los individuos que prestan atención en las unidades básicas de atención.

En este sentido, Martínez recurre a Dilthey (15) y afirma que la tarea de las ciencias humanas consiste en examinar estas manifestaciones de la vida experiencial tanto en sus expresiones individuales como en las sociales. El autor propone la técnica del círculo hermenéutico para comprender e integrar toda la acción humana a través del tiempo y de la historia, como: “un movimiento del pensamiento que va del todo a las partes y de las partes al todo”; revela un proceso dialéctico de modo que en cada movimiento aumenta el nivel de comprensión: las partes

reciben significado del todo y el todo adquiere sentido de las partes. La comprensión de las percepciones es un modo natural de entender de los seres humanos (15). Con relación a la dialéctica, Gadamer expresa que la capacidad dialéctica es la capacidad de investigar lo contrario, que saber quiere decir siempre entrar al mismo tiempo en lo dinámico (14). La aproximación dialéctica sugiere una relación dinámica entre el sujeto y el objeto, es decir, entre la subjetividad del agente y el hecho concreto, entre el mundo de la cultura y el mundo de la naturaleza. Hay un ir y venir constante entre estos dos polos. Se reconoce a la vez el valor del hecho observado y el rol creador del sujeto y se procura ponerlos en interacción. Esta aproximación resalta y analiza las contradicciones (oposiciones) del mundo social para comprenderlo mejor; de acuerdo con la óptica dialéctica, las contradicciones constituyen la base de los problemas reales (14, 16).

La articulación de estos dos abordajes, la dialéctica y la hermenéutica, permite abordar el análisis de la realidad, en este caso de los significados que trabajadores de la salud tienen con relación a la tuberculosis. La dependencia y complementariedad entre estos abordajes permite comprender lo general y las particularidades de la realidad en un tiempo y un espacio.

Los relatos de las entrevistas se analizaron según técnica de análisis del discurso apoyado en la *Teoría generadora de sentido*. Esta teoría afirma que el discurso tiene una estructura, una sintaxis, y que presenta autonomía en relación con las formaciones sociales, como la semántica discursiva, aunque depende de ellas en lo relacionado con la estructura de las determinaciones inconscientes, es decir, la dimensión ideológica (12).

En todas las entrevistas se buscó la racionalidad y su sentido, centrados en el proceso salud-enfermedad, en este caso específicamente la tuberculosis. La profundidad de las entrevistas se analizó por medio de varias lecturas de cada relato, buscando identificar los temas y figuras subyacentes. El *corpus* teórico de cada entrevista se sintetizó en frases temáticas que se centraron según la categoría analítica salud-enfermedad, constituyendo el *corpus* temático.

RESULTADOS

El total de trabajadores de salud entrevistados presta atención a personas con diagnóstico de tuberculosis. Los

sujetos entrevistados eran predominantemente del sexo femenino. En cuanto a la categoría ocupacional, 6 eran auxiliares de enfermería, 5 enfermeras y 4 médicos. El intervalo de edad estuvo entre 46 y 55 años.

Los trabajadores de la salud entrevistados revelaron que hay miembros del equipo de salud que presentan miedo al contagio durante la atención al paciente con tuberculosis.

Algunas medidas en la atención a las personas con tuberculosis fueron expresadas como sobredimensionadas, por ejemplo la atención “privilegiada” o “diferenciada” para evitar el desplazamiento del paciente en el interior de la unidad básica; además la solicitud de uso de mascarilla en las unidades básicas, según los discursos de los trabajadores, causa vergüenza a los pacientes. Del mismo modo, en los discursos de los participantes se identificaron alusiones sobre dificultades para el diagnóstico e inicio del tratamiento de forma oportuna, pues los pacientes deben acudir hasta a tres instituciones para obtener la atención e iniciar su tratamiento.

Los trabajadores de la salud manifestaron que la enfermedad está directamente relacionada con la limitación de recursos económicos y con los llamados “grupos de riesgo”; según los trabajadores entrevistados, la tuberculosis predomina en la población “pobre, en los excluidos, habitantes de la calle, prostitutas, expresidarios, trabajadores sexuales, drogadictos, alcohólicos y extranjeros”.

Igualmente, afirmaron que la tuberculosis era secundaria a un tipo de comportamiento o de condición social, por ejemplo: “enfrentar pacientes con tuberculosis es lidiar con el lado marginal de las personas”, “los pacientes portadores de tuberculosis son difíciles, complicados, presentan problemas socioeconómicos”.

Así mismo, los trabajadores manifestaron que la enfermedad hace surgir una serie de sentimientos en los enfermos, ya sea por el miedo de transmitirla a su familia, amigos, o por el hecho de no conocer la enfermedad. Los trabajadores asocian estos sentimientos con la condición social de los enfermos, por cuanto los pacientes con mejores condiciones de vida y de trabajo sentían más vergüenza por padecer la tuberculosis. A pesar de que la tuberculosis es curable, todavía prevalece en el imaginario como una enfermedad que produce sentimientos negativos.

Emergió también, de los testimonios de los trabajadores de la salud, que la tuberculosis afecta de forma importante a los habitantes de la calle, como grupo importante que prevalece en la región centro de São Paulo; “es una enfermedad de los que llaman excluidos, extranjeros ilegales, personas que viven en pensiones, albergues comunitarios”.

En relación con las causas de la tuberculosis, según las percepciones de los trabajadores de la salud, se remiten a diversas teorías para atribuir la generación de la enfermedad, por ejemplo a la teoría de la unicausalidad y en ella la imputación divina, y de forma marcada la visión de la salud en la perspectiva de la multicausalidad. Igualmente atribuyen la enfermedad a alimentación deficiente, inadecuadas condiciones de vivienda, exposición a temperaturas extremas y a la lluvia, además a personas con sistema inmunológico comprometido: “personas que trabajan en las noches, la exposición a la lluvia, a cambios bruscos de temperatura”.

Se identificó también, en las percepciones de los trabajadores de la salud, la orientación de acciones relacionadas con medidas higiénicas, como “evitar, dividir utensilios como cubiertos, platos, vasos, dormir en cuartos separados”, por los trabajadores de la salud.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se muestra que la tuberculosis permanece impregnada de estigma, lo que puede promover ideas que lleven al prejuicio en la atención a las personas que padecen la enfermedad.

Tal forma de percibir la enfermedad también estuvo particularmente presente al final del siglo XVIII e inicio del XIX. La tuberculosis era vista como enfermedad romántica; se relacionaba con los “sensibles”, poetas, personas con hábitos bohemios, de no cuidado del propio cuerpo. La enfermedad siempre estuvo presente en los grupos con características especiales de vulnerabilidad social, que llevaban un estilo de vida con costumbres y hábitos diferentes al resto de la población (17).

En la era bacteriológica la enfermedad fue asociada a la perspectiva de patrones diferenciados de salud en los diversos grupos sociales, una tuberculosis típica de las clases populares, relacionándola también con la vida “desordenada” en una aproximación de la enfermedad

con las clases sociales más bajas, indicándose la pobreza como determinante de la tuberculosis (17).

Los trabajadores relacionaron que la enfermedad se presentaba más en personas con hábitos como fumar y beber en exceso; así también se verificó, en el presente estudio, que tener tuberculosis puede llevar al enfermo a cambiar de hábitos como suspender el consumo de alcohol, lo que confirmaría la sensación de “culpa” que el paciente percibiría por padecer la enfermedad.

Es interesante resaltar que en una investigación realizada por Bertolozzi (18) este hallazgo también se identificó, pues las personas con tuberculosis asumían la enfermedad como “ordenadora de la vida”, siendo abolidos o reducidos, en la mayor parte de los sujetos del estudio, después del diagnóstico de la enfermedad, hábitos como fumar y beber.

Es importante anotar que en el proceso de atención en salud se debe concebir al sujeto como parte de un contexto socio-cultural; por tal razón es fundamental conocer lo que representa la enfermedad para el enfermo en su entorno y para los responsables de la atención. Así, la forma como se da la atención en salud necesita ser analizada de manera profunda y crítica, en este caso, bajo la óptica del proceso salud-enfermedad-tuberculosis, en su dimensión social, pues está claramente establecido que la articulación entre la tuberculosis y las formas de vida y de trabajo de la población exige ampliar y profundizar los conocimientos acerca de la enfermedad y el modo como se da el proceso de atención en salud en estas personas.

En los testimonios de los trabajadores, se identificó la persistencia de orientaciones sobre medidas higiénicas y dietéticas, buscando cambios en los hábitos y comportamientos de los pacientes con tuberculosis, pero desarticulados de su condición social.

La relación entre tuberculosis y habitantes de la calle fue objeto de análisis en estudio realizado en Nicaragua (19), al estudiar las causas de abandono del tratamiento. Merece destacar este estudio porque los autores verificaron también que las personas en situación de habitantes de la calle, los usuarios de albergues o de pensiones, presentan un riesgo tres veces mayor de desistir de la farmacoterapia. Además, teniendo en cuenta que la ciudad de São Paulo se tipifica en la categoría de metrópoli, donde se expanden la desigualdad y la pobreza (20), es evidente la conexión entre ese cuadro y la vulnerabilidad a la

tuberculosis. Conforme afirma Sposati (21), la ciudad de São Paulo se muestra como lugar de contrastes, con escenarios de alta tecnología y capital frente a otros con condiciones económicas deficientes que afectan el territorio y la calidad de vida de sus habitantes y que reflejan la vulnerabilidad que se expresa en inequidad social, política y económica, ausencia de servicios públicos y de salud, ausencia o limitado ejercicio de la ciudadanía, y violencia, entre otros.

Por tanto las percepciones de salud-enfermedad están íntimamente articuladas a los procesos estructurales de la sociedad (organización social, política, cultural e ideológica). La enfermedad se distribuye de forma diferente en los distintos grupos sociales al depender de sus posibilidades de consumo. De esta manera, hay que analizar que la actual situación de la tuberculosis y la multi-resistencia a los medicamentos exigen que, además del avance en conocimientos técnicos, biológicos, clínicos y epidemiológicos, se tenga en cuenta la dimensión social de la enfermedad (22).

CONCLUSIONES

Las percepciones atribuidas al proceso salud-enfermedad-tuberculosis por trabajadores de la salud permitieron identificar actitudes y comportamientos que revelan estigma y miedo con relación a la tuberculosis.

Se identifica que la forma de concebir la enfermedad puede llevar también a condicionar las prácticas de cuidado al enfermo, dejando la responsabilidad de la enfermedad al individuo, a sus comportamientos, sin visualizarse el proceso salud-enfermedad como derivado de la inserción social del sujeto.

Así, los conocimientos equivocados, el estigma de la enfermedad y la falta de información pueden llevar a consecuencias que afectan a los enfermos y a la población en general, retardan la identificación, la búsqueda oportuna de atención, además de potenciar y perpetuar el estigma.

De esta manera se resalta la importancia del desarrollo de estudios cualitativos que permitan identificar las percepciones de los trabajadores de la salud, en este caso sobre la tuberculosis, ya que las mismas pueden fortalecer o limitar la detección precoz de la enfermedad, el tratamiento del paciente, y de forma general influir en cómo se da el proceso de atención en salud. Los hallazgos

de estos estudios deben orientar acciones en la academia, los servicios de salud y la comunidad en general, buscando superar el prejuicio respecto a la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) World Health Organization (WHO). Global tuberculosis [report serial]. Geneva; 2009. [cit. 2008 Jul 8]. <http://www.who.int/gtg/publications>
- (2) Braunwald E, Kasper DL, Fauci EA. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
- (3) Frieden, Thomas R. Can tuberculosis be controlled? *International Journal of Epidemiology*. 2002; 31(5):894-99.
- (4) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Programa Regional de Tuberculosis. Fecha de consulta: 28 de octubre de 2009. <http://www.paho.org>
- (5) São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Tuberculose. Fecha de consulta: diciembre 15 de 2006. www.cve.saude.sp.gov.br
- (6) Álvarez-Gordillo GC, Álvarez-Gordillo JF, Dorantes-Jiménez JE, Halperin-Frisch D. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *Salud Pública Mex*. 2000; 42(6):520-8.
- (7) Bertolozzi MR. A adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã, São Paulo [tesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.
- (8) Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS) no município de São Paulo-SP [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
- (9) Fundação SEADE. Fecha de consulta: 16 de agosto de 2006. <http://www.seade.gov.br>
- (10) Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 Supl):15-25.
- (11) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8^a ed. São Paulo: Hucitec; 2004, p. 173.
- (12) Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 2^a ed. São Paulo: Ática; 1990.
- (13) Salinas L. Investigación cualitativa. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Editorial Facultad de Medicina; 2000, p. 29.
- (14) Gadamer HG. Verdade e método. 4^a ed. Petrópolis: Vozes; 2006.
- (15) Martínez M. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Editorial Trillas; 2004.
- (16) Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002, pp. 83-108.
- (17) Bertolli Filho C. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. *Hist Ciênc Saúde*. 1999/2000; 6(3):493-522.
- (18) Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboá da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1991.
- (19) Souza Pineda NI, Pereira SM, Barreto ML. Abandono del tratamiento de tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17(4):271-8.
- (20) Santos M. Técnica espaço tempo: globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Hucitec; 1993.
- (21) Sposati AO. Cidade em pedaços. São Paulo: Brasiliense; 2001.
- (22) Arcêncio RA, Monroe AA, Ruffino Netto A, Oliveira MF, Gonzales RIC, Villa TCS. A experiência do Estado de São Paulo na implantação do DOTS. In: Ruffino-Netto A, Villa TCS (org.). Tuberculose: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - Históricas e peculiaridades de acordo com as características regionais. Ribeirão Preto: Instituto do Milênio REDE TB; 2006, v. 01, p. 89-99.