



REVISTA DE PESQUISA: Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361

## PESQUISA

THE FEELING OF FINITENESS OF THE HOLDER OF PULMONARY TUBERCULOSIS  
IN THE ACT OF CARE IN OCCUPATIONAL THERAPY

O SENTIMENTO DE FINITUDE DO PORTADOR DE TUBERCULOSE PULMONAR,  
NO ATO DE CUIDAR NA TERAPIA OCUPACIONAL

EL SENTIMIENTO DE LA FINITUD DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR  
EN EL ACTO DE CUIDAR EN LA TERAPIA OCUPACIONAL

Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva<sup>1</sup>, Fernanda Carvalho de Queiroz Mello<sup>2</sup>,  
Nébia Maria Almeida de Figueiredo<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the contribution of occupational therapy adherence to tuberculosis treatment, and identify strategies to facilitate the linkage to treatment. **Method:** Qualitative study. We obtain data through Creativity Workshops. Participated in the workshops eleven customers with pulmonary tuberculosis, which carried out the activity of collage. We use the method of content analysis of Bardin, who works with the universe of meanings, to uncover the beliefs and values of the subjects in this study. **Results:** Occupational therapy favored the disclosure of blocked content and enabled the flowering of the nuclei of aggression, rebellion, stress, dependency, control and finitude, which were in the unconscious of each participant. **Conclusion:** Occupational Therapy through the Creativity Workshop has benefited: the act out of feelings, compliance, facilitated the relief of emotional stress, increased self-esteem and provided better quality of life. **Descriptors:** Occupational therapy, Pulmonary tuberculosis, Qualitative research, Content analysis.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a contribuição da Terapia Ocupacional a aderência ao tratamento da tuberculose e identificar estratégias que facilitem o vínculo ao tratamento. **Método:** Estudo qualitativo. Obtemos os dados por meio das Oficinas de Criatividade. Participaram das oficinas onze clientes com tuberculose pulmonar, os quais executaram a atividade de colagem. Utilizamos o método de análise de conteúdo de Bardin, que trabalha com o universo de significados, para desvendar as crenças e valores dos sujeitos desta pesquisa. **Resultados:** A Terapia Ocupacional favoreceu o desvelamento dos conteúdos bloqueados e possibilitou o desabrochar dos núcleos de agressividade, rebeldia, tensão, dependência, controle e finitude, que se encontravam no inconsciente de cada participante. **Conclusão:** A Terapia Ocupacional por meio da Oficina de Criatividade beneficiou: o exteriorizar de sentimentos, adesão ao tratamento, facilitou o alívio da tensão emocional, aumentou da auto-estima e proporcionou melhoria da qualidade de vida. **Descritores:** Terapia ocupacional, Tuberculose pulmonar, Pesquisa qualitativa, Análise de conteúdo.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la contribución de la adhesión de terapia ocupacional para el tratamiento de tuberculosis, e identificar estrategias para facilitar la vinculación con el tratamiento. **Método:** Estudio cualitativo. Obtenemos datos a través de talleres de creatividad. Participó en los talleres Once clientes con tuberculosis pulmonar, que llevó a cabo la actividad de collage. Utilizamos el método de análisis de contenido de Bardin, que trabaja con el universo de significados, para descubrir las creencias y los valores de los sujetos en este estudio. **Resultados:** La terapia ocupacional a favor de la divulgación del contenido bloqueado y ha permitido el florecimiento de los núcleos de la agresión, la rebelión, el estrés, la dependencia, el control y la finitud, que estaban en el inconsciente de cada participante. **Conclusión:** La Terapia Ocupacional a través del Taller de Creatividad se ha beneficiado: el acto de sentimientos, el cumplimiento, facilitar el alivio de la tensión emocional, el aumento de la autoestima y proporcionan una mejor calidad de vida. **Descritores:** Terapia Ocupacional, Tuberculosis pulmonar, Investigación cualitativa, Análisis de contenido.

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional, Arteterapeuta, Mestre em Clínica Médica/UFRJ. Doutoranda em Clínica Médica/UFRJ. E-mail: [abittenc@hucff.ufrj.br](mailto:abittenc@hucff.ufrj.br). <sup>2</sup> Médica, Pós-doutorado em Medicina, Professora Adjunta da Faculdade de Medicina/UFRJ. E-mail: [fcqmello@uninet.com.br](mailto:fcqmello@uninet.com.br). <sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem/UFRJ. Livre Docente em Administração de Enfermagem/EEAP/UNIRIO. Professora Titular de Fundamentos de Enfermagem da EEAP/UNIRIO. E-mail: [nebia@unirio.br](mailto:nebia@unirio.br)

## INTRODUÇÃO

A tuberculose pulmonar (TBP) tem ampla distribuição geográfica, ocorrendo tanto em países desenvolvidos ou de economias emergentes, estando associada a altos indicadores de pobreza. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO)<sup>1</sup> a TBP vem ceifando mais vidas humanas do que a miséria e a AIDS juntas. Ainda de acordo com esta instituição, em 2004, foram notificados cerca de 8,8 milhões de casos novos de TB, sendo que 6,9 milhões dos casos (80%), com 3,9 milhões bacilíferos cuja taxa de incidência cresceu de 1,1% anual para 2,4%. Entre os casos notificados 5-6 milhões ocorreram em pessoas de faixa etária produtiva (15-49 anos), destruindo a vida de cidadãos mais frágeis socialmente. Todavia, estas taxas não representam nem a metade dos enfermos, pois nos países pobres, não é realizada a notificação em aproximadamente 50% dos casos.

O Brasil esta entre os 20 países de maior casuística, os quais são responsáveis por 80% do total de casos de TB notificados no mundo. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde<sup>2</sup>, em 2004, a incidência de TB no Brasil foi de 62 casos para cada grupo de 100 mil habitantes, com taxa de cura de 72% e 12% de abandono em algumas das nossas capitais este índice pode chegar a 40%. Apesar de ser uma doença que tem cura, ainda mata pelo menos seis mil pessoas por ano.

Segundo Ruffino Netto<sup>3</sup> a cada ano, 111 mil casos são registrados, como existe a sub-notificação, calcula-se que o número real esteja no patamar dos 130 mil novos casos anuais, em razão das deficiências do sistema de assistência, de controle da TB e pela inexistência de sistema eficiente de busca ativa.

Entretanto, a grande diversidade de situações epidemiológicas dentro do país faz com que esta incidência não traduza a realidade dos grandes centros urbanos. No Estado do Rio de Janeiro esta incidência foi de 99 casos por 100 mil habitantes e 17 mil novos casos registrados em 2004, incidência significativamente maior que a média nacional, que é de aproximadamente 40,76/100.000 habitantes<sup>4</sup>.

Alguns elementos contribuem para esta realidade: renda familiar baixa, educação precária, habitação ruim ou inexistente, famílias numerosas, adensamentos comunitários, desnutrição alimentar, alcoolismo, doenças infecciosas associadas (HIV), dificuldades de acesso aos serviços de saúde, fragilidade da assistência social, entre outros. Tendo por base estes elementos, inferimos que os locais que têm alto potencial de reprodução da endemia de TB, no espaço urbano, seriam: favelas, alagados, populações que vivem em ambientes socialmente fechados (escolas, creches, presídios, abrigos, etc.) entre outras<sup>5</sup>.

Tendo em vista estas considerações, realizamos pesquisa cujo objeto foi identificar a ação da terapia ocupacional no ato de cuidar dos portadores de tuberculose pulmonar e se esse cuidado estaria contribuindo para a adesão ao tratamento. Justificamos a escolha deste tema pelo fato de que as pesquisas de tuberculose e terapia ocupacional são escassas e se referem basicamente aos levantamentos de frequência de casos de abandono e estudos de genética e microbiologia.

Ao incorporar estudos de Saraceno<sup>6</sup> sobre as necessidades, desejos e possibilidades do sujeito e a subjetividade de Guatarri<sup>7</sup> que refletem os modos de pensar, agir e sentir, sobre o viver e o existir do homem, a Terapia Ocupacional assume como objeto os diferentes

modos de existir do sujeito: suas formas de organização, atividades, o estabelecimento de vínculos com a família, com a comunidade e com outras dimensões da rede social, para que consiga favorecer ao portador de tuberculose pulmonar a sua re-inserção na comunidade, no trabalho e na família.

### Terapia Ocupacional

O cuidar em Terapia Ocupacional (TO) convoca o profissional ao exercício do vínculo e do acolhimento que permite ao enfermo a se colocar como *ser* diante da sua dor e da sua necessidade. Esse ato de cuidar agrega ao saber científico a intuição, a emoção e a acuidade de percepção sensível. Na TO, os profissionais trabalham com o universo de significados, de crenças, de valores, apreendidos pelo paciente e com sua família<sup>8</sup>. O terapeuta ocupacional facilita a união da conduta com a emoção e a ação, pois elas caminham nos corpos do cuidado. Sabemos que esta construção é lenta e precisa de muita aprendizagem, porque ela se ancora na afetividade, na imaginação e na escuta.

Ao procurar compreender a especificidade da experiência do cuidar no processo terapêutico da TO devido à ampliação da compreensão da dinâmica da relação terapeuta-sujeito-atividade, Volich<sup>9</sup> nos diz que:

Assim, deveríamos considerar na ação terapêutica as fontes internas e individuais dos processos de desenvolvimento e de transformação, a natureza e os desejos que, para além do caráter desviante a ser eliminado ou corrigido, existe embutido no sintoma e no paciente difícil os sofrimentos de outra ordem que, sem que o indivíduo se dê conta, demanda de ser compreendido.

A relação entre o conceito de cultura, crenças e valores com as práticas de assistência à saúde, em especial de cuidados de terapia

ocupacional, evidencia-se pela necessidade de entender o ser humano em sua individualidade e enquanto ser social, com vistas ao planejamento de uma assistência adequada.

Neste contexto a Terapia Ocupacional, abre as modalidades de expressão não-verbais e assume grande importância na relação terapeuta-paciente<sup>8</sup>, uma vez que o comportamento revela alguns sinais expressos pelo corpo, como: postura, olhar, orientação dos gestos, movimentos corporais, expressão emocional e facial, aproximação ou distanciamento do espaço pessoal e conduta tátil. Os sinais paralinguísticos, expressos pela entonação e pela velocidade de pronúncia, entre outros, são importantes de serem analisados como expressão do pensamento que ao lado da comunicação verbal, potencializa a própria comunicação, enquanto elemento da mensagem<sup>10</sup>.

O processo terapêutico da TO se inicia pela necessidade contextual: *estar de fora, não pertencer*. Esta necessidade nem sempre é óbvia para o sujeito, seus familiares e muitas das vezes nem é clara para a sua equipe de tratamento. Nesta profissão temos sempre a proposta de instituir ligação entre o pensar e o fazer; entre o estar e ser; entre o estar para o fazer e o fazer para sentir e ser. Esta ligação deve ser desenvolvida na relação a ser estabelecida entre as aquisições, informações e as experimentações, que incidem a partir da prática de realizar atividades<sup>11</sup>. Assim sendo, concordamos quando Saraceno<sup>6</sup> diz que *ao realizarmos atividades estas transformam o paciente, em pintor, em escultor, etc*. Desta maneira, faz-se necessário que esse cuidar, por meio a arte, da expressão e da criação, promova a construção do sentimento de pertencer em relação a si mesmo, a sua comunidade e ao seu trabalho, para que possa facilitar os modos de convivência familiar e social. Voich<sup>9</sup> ao completar a questão do cuidar em

Terapia Ocupacional refere que existe uma *especificidade no cuidar, pois traz implícito o vínculo*. O termo terapêutico (eu cuido) fala antes de tudo de alguém que se coloca junto àquele que sofre, pois além de tudo é condição estruturante da subjetividade, da fantasia e da relação com o outro, fundamental para o desenvolvimento do sujeito.

## METODOLOGIA

O universo desta pesquisa envolveu o portador de tuberculose pulmonar atendidos pelo Programa de Controle de Tuberculose Hospitalar (PCTH) do Instituto de Doença do Tórax (IDT) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o número 087/05. A pesquisadora principal consultou os participantes quanto ao desejo de serem incluídos neste estudo, foram também esclarecidos que os objetos confeccionados seriam guardados para estudo e que suas falas seriam gravadas para posterior transcrição, e que seria mantido seu anonimato, os nomes utilizados seriam fictícios. Os que deram sua aquiescência assinaram o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº 196/96 que fala da pesquisa com seres humanos.

No decorrer do segundo semestre de 2005 e o primeiro de 2006, foram entrevistados cerca de doze (5 homens e 7 mulheres) portadores de tuberculose pulmonar (TBP) na faixa etária de 18-45 anos do PCTH que compuseram os dois grupos (6 cada) independentes do sexo, os quais participaram das Oficinas de Criatividade (OC). Conduzidas em atendimento de grupo, os quais seguiram a questão norteadora do estudo que era: *como você representaria a tuberculose por meio da arte*.

De acordo com o princípio simbólico que facilita a interação do sujeito por meio de uma rede de significados, que determina o potencial evolutivo e vinculado às diversas formas de raciocínio do ser humano (portador de TBP), quer coletivamente, ou individualmente<sup>12</sup>. As Oficinas de Criatividade foram os instrumentos que possibilitou o desvelar as crenças e os valores por meio da verbalização de seus conflitos internos, seus medos e ansiedade frente ao longo tratamento e o sentimento da morte, presente em cada reação adversa aos medicamentos. Foram utilizadas quatro modalidades artísticas: desenho, recorte, colagem e vela, e na medida em que os clientes construíam seus trabalhos artísticos, eles ancoravam seus referenciais que se encontravam ocultos em seu subconsciente.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>13</sup> as oficinas terapêuticas (criatividade) são atividades grupais de sociabilização, expressão e inserção social. Essas oficinas têm como objetivos a promoção e a integração de convivência entre pacientes, técnicos, família e a sociedade como um todo. Portanto, as intervenções da Terapia Ocupacional consistiram em realizar as OC em grupo. No decorrer das quatro sessões, durante três meses, com duração variada de uma hora e meia, cada. Os portadores de TBP executaram diversas modalidades artísticas espontâneas apoiadas nas necessidades singulares de cada um, que favoreceu a exteriorização de sua subjetividade, reforçando o vínculo com a terapeuta e com o programa de tuberculose.

A base desse estudo centrou-se na análise qualitativa, ancorada no referencial teórico das representações sociais (RS), que buscou apreender em profundidade os significados das relações individuais. A RS focalizou o indivíduo, a sociedade, as estruturas do sujeito em suas relações diárias na sociedade. Essa metodologia representou uma colaboração potencial para ações

desenvolvidas na área da prevenção da tuberculose, porque favoreceu a análise dos significados e dos valores socialmente construídos e presentes nas práticas cotidianas dos clientes. Auxiliou na compreensão do imaginário e dos comportamentos que subsidiaram estratégias e ações mais sensíveis<sup>14</sup>.

Os limites desta análise referiram-se ao próprio desenho da metodologia qualitativa e da prática da Terapia Ocupacional, pois conduziu às idéias que valorizaram mais determinados aspectos da realidade em detrimento de outros; impossibilitou as generalizações diretas ao universo macro, sendo necessárias mediações e comparações; atribuiu relevância aos processos interpretativos na relação pesquisadores e sujeitos pesquisados, o que exigiu contínua vigilância epistemológica, uma vez que disse respeito à ação histórica dos sujeitos, permitindo, tão somente, a avaliação de prováveis cenários de permanência e transformação destas relações.

Todo o material discursivo foi ancorado e objetivado segundo a gênese da Representação Social<sup>15</sup>. O processo de análise ocorreu pela *leitura flutuante*, definição de unidades de corte e registro; definição de núcleos de sentido; identificação das categorias empíricas e análise interpretativa.

Ao final de cada Oficina de Criatividade foi apresentado relatório parcial aos portadores de TBP, momento rico, pois possibilitou a incorporação de comentários, críticas e sugestões dos clientes que refletiram a questão da tuberculose e o cuidado na Terapia Ocupacional. Tal exercício possibilitou retificar algumas interpretações como afirmar outras, favorecendo a análise qualitativa e dando validade ao estudo<sup>16</sup>.

## RESULTADOS

Os itens ancorados em relação às OC da TO foram: os níveis de agressividade, tranqüilidade, respeito, obediência, comunicação, rebeldia, tensão, dependência, controle e finitude. Em relação ao trabalho executado, surgiram sentimentos de: inquietação, impulsividade, organização, aplicação, tensão, apatia, rapidez, atenção, interesse, participação, orientação, persistência e cuidado.

As avaliações das falas e das atividades realizadas nas OC nos levaram a compreensão de que há um tema central que expressa como o portador de TBP representa à tuberculose: **viver com tuberculose é doloroso**. Essa representação se ancorou em quatro categorias: 1 - O tratamento é difícil; 2 - A tuberculose acarreta o isolamento; 3 - A tuberculose altera a percepção de si e 4 - A tuberculose coloca o paciente frente a frente com a sua finitude.

Os relatos dos portadores de tuberculose mostraram que ocorreu mudança em suas vidas, após a descoberta da doença. Essa transformação estava carregada de percepções negativas, decorrentes da dificuldade de realizarem o tratamento, do isolamento social que vivenciaram e de outras limitações às quais ficaram expostas, a partir da enfermidade. Nem sempre os relatos foram explícitos, muitas vezes o sofrimento não foi diretamente verbalizado, mas estava subentendido nas falas sobre uma vida antes e depois da tuberculose<sup>17</sup>.

*As pessoas quando sabem que você tem esta com TB, se afastam de você. Só em saber que você tem doença, elas têm medo (Ent.2 em 04/05/2005).*

*Eu soube que estava com TB ... Eu me isolei... Depois que eu fiquei doente eu larguei tudo isso (Ent.3 em 04/05/2005).*

Oduol<sup>18</sup> aponta que:

Males do pulmão significam as eventuais tristezas, ressentimentos ou rancores, dificuldade ou recusa em esquecer, em perdoar, até mesmo do desejo de vingança.

Para o autor<sup>18</sup>, as fragilidades das doenças pulmonares expressam a dificuldade para gerar situações com o mundo exterior: “O excesso ou o fato de cultivar a tristeza para sustentar a lembrança de alguma coisa ou de alguém pode se manifestar através de uma fragilidade dos pulmões. É interessante lembrar que a grande época do romantismo piegas” foi também a grande época da tuberculose.

As questões observadas por Oduol<sup>18</sup> vêm a ser confirmadas pela fala de pacientes, como observamos:

*A TB é uma doença muita ingrata e as pessoas dizem que não. Elas vêem por fora, mas não sabem o que se passa por dentro. Tem que ter fé (Ent. 1,13/04/2005).*

A concepção de fatores de risco e proteção estava relacionada com o contexto da vida cotidiana, que pode levar tanto ao bem-estar, como ao sofrimento. Fizeram parte da dinâmica deste grupo estudado: os fatores socioculturais, econômicos e políticos; bem como individuais e grupais. Além disso, sofreram também influências: direta ou indiretamente do local onde vivem; das práticas sócio-culturais do seu grupo social aos quais pertencem; das orientações religiosas que tiveram; entre outras. Todo esse contexto foi determinante para o significado que o paciente atribuiu a TB, bem como a maneira com ele relacionou a situação de encontrar-se doente<sup>19</sup>.

O portador de TB sofreu porque passou a perceber a sua finitude; o que fez do sofrimento uma dimensão não apenas psicológica, mas, sobretudo, existencial. O seu sofrimento possibilitou a sua compreensão dos significados socialmente construídos e implicados na vivência

do sofrer e do adoecer. Nesse sentido, o sofrimento foi entendido como condição humana, e pode ser percebido nas relações cotidianas concretas que os sujeitos estabeleceram com o seu mundo. O sofrimento percebido nas falas das pessoas com TB aconteceu em virtude do preconceito em relação à doença, do medo do contágio, do isolamento social, da dificuldade em realizar o tratamento e da mudança da sua imagem corporal<sup>20</sup>. É como descrevem os pacientes:

*A senhora sabe que o povo tem muito preconceito com esta doença... Esta doença contamina todo mundo (Ent. 5, 11/05/2005).*

*Algumas pessoas da Igreja sabem que eu tenho TB, outras não, porque elas têm certa rejeição (Ent. 6; 11/05/2005).*

*Estou praticamente boa, mas vai ficar para sempre uma manchinha (Ent 7, 18/05/2005).*

Ao relatarem sobre o tratamento, colocavam-se como pessoas que estavam travando uma batalha, em que a TB é algo que se tem que vencer. Desta maneira, criaram-se dois lados, de um lado os que assentiram ao tratamento eram considerados vencedores e do outro lado, tinham os que travavam batalha interna, contrapondo-se ao reconhecimento da importância de levar o tratamento adiante e o desejo de abandonar a quimioterapia<sup>21</sup> ficava cada vez mais intenso; esses eram considerados traidores ou vencidos. Assim sendo, a fala do paciente vem reforçar as orientações de Bertolli Filho:

*Eu tomava o remédio e a injeção na sexta e pegava os comprimidos até segunda. Chegava segunda, ainda estava com o braço todo duro e doía muito.., Eu faltei só três vezes à injeção...se parar de tomar o remédio à doença pode voltar e tem que começar tudo de novo.... (Ent. 8, 18/05/2005).*

Valcapelli e Gaspareto<sup>22</sup> apontam que a tuberculose está ligada à crueldade e o desejo de vingança sufocado. Relatam que as causas

metafísicas da tuberculose são: o apego às grandes decepções da vida. [...] Esses conteúdos emocionais nocivos desenvolvem comportamentos de frieza e rigidez para consigo e com as pessoas ao redor. [...] Esse padrão de comportamento assemelha-se à maneira com que as células do organismo agem para combater a agressão do bacilo, envolvendo e armazenando-os nos tecidos pulmonares.

Outra maneira de representar a tuberculose como sofrimento foi a mudança de como os sujeitos se percebem. Essa categoria foi construída especialmente a partir da imagem que representam sobre si, nos desenhos e nas colagens que elaboraram nas OC e de suas ancoragens. As falas a seguir refletem as interpretações dessas expressões gráficas:

*A TB mudou a minha aparência, o rosto tá mais fino, to mais curvada, muita coisa mudou.... No interior eu acho que a gente fica mais deprimida e oprimida ao mesmo tempo...Eu estou olhando para a minha aparência física, que ela está mais arriada, quem me viu antes, e hoje me vê, percebe...(Ent. 7, 18/05/2005).*

Dahlke<sup>23</sup> apontou que os fatores psíquicos atrelados à tuberculose estariam ligados à comunicação e a liberdade. A tendência de esquivar-se, além do conflito latente prolongado também estariam relacionados a esta doença. Para Cairo<sup>24</sup>, a tuberculose nada mais é que o peito dolorido por causa de preocupações. Significa uma mente que fica preocupada e aflita e acaba acumulando as angústias e tristezas no peito, fazendo com que esta parte do corpo fique enfraquecida.

A morte sempre existiu na vida dos seres humanos, mas nem sempre teve uma representação tão nítida como nos portadores de TB. A confirmação da doença fez emergir na consciência de seus portadores a possibilidade de morrer, a noção de limite e a sua temporalidade. O medo da morte foi à questão que permeou o

estudo, não só a do corpo físico, mas também da morte pelo isolamento, pelo ocultamento da doença, pela reação adversa, etc. Muitos afirmaram que a morte foi sua companheira, no decorrer de certo período, pois além de assistirem à morte de familiares, de colegas de tratamento, eles evocaram a sua própria morte, que os fez pensar: na insegurança quanta a cura; na precariedade de sua vida e de seus limites, como seres humanos<sup>25</sup>. Podemos verificar quando o paciente diz:

*Alberto eu sei que sua mãe morreu assim.... Meu pai teve a doença, faleceu depois de 3 a 5 meses eu comecei a ficar ruim também. Não acreditei, eu ia morrer também (Ent.8, 18/05/2005).*

A dúvida recorrente da compreensão do que é sua doença, fez com que os portadores de TBP não identificassem a forma de transmissão e a necessidade do uso da máscara. Nem sempre identificaram uma possível fonte de contaminação. Essa dúvida, muitas vezes, foi manifestada como questão importante, neste estudo, parecendo que a descoberta do vetor de contágio pudesse concorrer naquele momento, para esclarecer muitas coisas. A percepção da origem da doença gerou muitas controvérsias: existiram aqueles que achavam que veio do cigarro, que veio de uma gripe mal curada, que veio de bactéria que está dentro da pessoa, etc. Segue os relatos dos entrevistados quanto à transmissão da tuberculose:

*Eu pensei que peguei a TB, por causa do catarro que estava no chão do banheiro da empresa onde trabalho(Ent. 9, 25/05/2005).*

*Quando eu comecei com a doença a minha febre não parava, podia tomar qualquer tipo de analgésico que ela não parava, noite e dia direto (Ent. 10, 25/05/2005).*

*Fiquei três meses doente em casa pensando que não era nada, fiz 2 exames no hospital perto de onde eu morava e deu negativo (Ent. 11, 01/06/2005).*

Os efeitos do cuidado da TO a partir das OC com as verbalizações e as atividades realizadas pelos grupos emitiram comportamentos que facilitaram a execução do procedimento médico; a adesão ao tratamento; aumento da auto-estima; melhoria na qualidade de vida e como conseqüência a cura da TB.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que com o desenvolvimento das OC, os portadores de TBP apresentaram mudança no comportamento frente a sua enfermidade, tratamento e diagnóstico, sobretudo quanto a se mostrarem mais reflexivos, relaxados, dinâmicos, atentos e participativos. A OC foi espaço para a auto-expressão e elemento facilitador para o portador de TBP desinibir seus conteúdos internos (sentimentos, emoções e lembranças, etc.) bloqueados e promover o encontro consigo mesmo, com sua família e com seu tratamento. Essas oficinas ampliaram o contato por portador de TB com a sua realidade<sup>26</sup>.

A Terapia Ocupacional veio de encontro com as idéias de Merhy<sup>27</sup> que propôs um novo refletir das práticas nos diferentes momentos de relação com os clientes. O autor afirmou que a necessidade do acolhimento se baseia na relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores de saúde e do serviço, como um todo, que se estabeleceu com os diferentes tipos de pacientes. Foi interessante notar que os sentidos atribuídos às palavras não se correlacionaram diretamente às questões de saúde, mas identificou outros aspectos cujos significados, foram: *atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvido a, admitir, aceitar, tomar em consideração, oferecer refúgio, proteção ou conforto físico, ter ou receber alguém junto a*

*si*, atributos de atenção integral à saúde, enfim, da integralidade.

O diálogo foi o instrumento utilizado pela TO para que fosse estabelecida a relação de empatia, amorosa, crítica, confiante, esperançosa e criadora. Segundo Freire<sup>28</sup> o diálogo facilita o encontro entre os homens, que se solidifica e se reflete no seu agir. Desta maneira, as OC, facilitaram a convivência e crescimento dos portadores de TBP, de forma que todos se mostraram ativos no seu cotidiano de tratamento<sup>29</sup>.

Constatou-se que a atividade em grupo valorizou a aproximação das pessoas, favoreceu o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, e estimou o significado do viver com TB entrelaçado entre as experiências pessoais de cada integrante do estudo e a maneira como cada um representou a sua construção social da tuberculose.

Desenvolver este estudo com portadores de TB além de ter sido um grande desafio, proporcionou-nos a sensação de que as pessoas ao verbalizarem suas inquietações conseguiram amenizar seu sofrimento e encontraram junto ao profissional terapeuta ocupacional forma de sentir-se melhor.

Que o referencial das RS, possibilitou a apreensão das representações que os portadores de TB têm do viver com esta doença, pois os pacientes verbalizaram suas experiências frente à família; a sociedade em que vivem; os profissionais de saúde e nesses discursos eles relataram seus saberes, suas crenças que adquiriram significados porque foi expressa partir do seu próprio contexto sócio econômico e cultural.

No que tange OC consideramos boa estratégia para desenvolver o cuidado, do portador de TB onde as pessoas puderam



compartilhar o que sentiam, sabiam e faziam nas atividades em grupo para manter o cuidado com a sua saúde e assim contribuir para que cada um dos participantes do grupo pudesse repensar o seu cotidiano de tratamento para TB. E que ao longo das OC a imagem do tratamento foi se transformando e os pacientes voltaram a assumir seus compromissos sociais, profissionais e na comunidade.

Observamos que com o passar das OC, o grupo foi sentindo-se mais confiante, conseguindo externar melhor suas angustias, medos e dificuldades e que a atividade de grupo foi inovadora, na assistência ao ser humano com tuberculose e que essa prática oportunizou um cuidado mais humano com repercussões positivas sobre a qualidade de vida de cada um.

A partir do trabalho realizado, percebemos que não é só o medo da doença que fez com que as pessoas com tuberculose isolassem e passassem também a manter segredo do diagnóstico, ocorreu ainda o medo da discriminação social, e, sobretudo o medo da perda e do afastamento dos familiares e amigos. Outra observação que ficou evidente foi que grande parte do estigma gerado pela tuberculose deveu-se muito mais ao preconceito do que à condição da doença, já que grandes partes dos indivíduos oferecem resistência imunológica ao bacilo de Koch.

Que as OC proporcionaram a adesão do tratamento e que a ação preventiva da TB foi além da distribuição de informação, pois geraram troca de informações, e maior entendimento da doença, seus sintomas, sua transmissão e sua prevenção. Ao nos aproximarmos do *outro*, percebemos nele, nós mesmos, por isto, como disse Osler<sup>30</sup> *a cura da tuberculose depende muito mais do que a pessoa tem na mente do que ela tem no pulmão*.

Concluimos que a intervenção da TO facilitou a descontração; diminui a tensão e o

estresse e serviu como medida preventiva ao embotamento psíquico foi facilitador de novas competências, diminuiu a exclusão social e propiciou a adesão ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World Health Assembly (Ed.). Stop TB Initiative: report by the Director-General. 53rd Geneva; 2005
2. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
3. Ruffino-Netto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Inf. Epidemiol. Sus.* 2001; 10 (3):129-138.
4. Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. *Indicadores de Tuberculose 2004*. Rio de Janeiro; Secretaria Estadual de Saúde; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Avaliação epidemiológica e operacional do programa nacional de controle da tuberculose 2005*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev Terapia Ocupacional* 1998; 9 (1): 26-31.
7. Guattari F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro (RJ): Ed 34; 1992.
8. Galheigo SM. O social: idas e vindas de um campo de ação em terapia ocupacional. In: Pádua e Magalhães, organizadores. *Terapia ocupacional. Teoria e prática*. Campinas (SP): Papyrus; 2003: 29-48.
9. Volich RM. *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2000.

10. Almeida MVM. Corpo e Arte em Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro (RJ): Entrelivros; 2004.
11. Carvalho AFCT, Scatolini HMN. Terapia Ocupacional na complexidade do sujeito. Rio de Janeiro (RJ): Fábrica de Livros; 2003.
12. Rueda C L, Rueda C J. El Enfoque Comunicacional en la formación de Terapeutas Ocupacionales: Aspectos teóricos y propuestas de aplicación. Rev. chil. ter. ocup. [periódico on line]. 2005 [citado em 20 fev 20]. Disponível em <http://www.revistaterapiaocupacional.cl/CDA/to>
13. Portaria 189, 19 novembro de 1991. Aprova Grupos e Procedimentos para atenção psiquiátrica. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. [periódico on line]. 1991 [citado 25 de out 2006]. Disponível em <http://www.saude.gov.br>.
14. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre (RS): Tomo Editorial; 2000.
15. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
16. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. As Representações Sociais. Rio de Janeiro (RJ): EDUERJ; 2002:17-44.
17. Guerra MP. Sida. Implicações Psicológicas. Lisboa (PR): Fim de Século; 1998.
18. Oduol M. Diga-me onde dói e eu te direi por quê. Rio de Janeiro (RJ): Campus; 2003.
19. Bittencourt AMFS. Cotidiano dos portadores de tuberculose inscritos em Programa de Controle de Tuberculose de um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro. [tese]. Rio de Janeiro (RJ). Faculdade de Medicina/Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
20. Nascimento DR. As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2005.
21. Bertolli Filho C. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900- 1950. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2001.
22. Valcapelli, Gasparetto. Metafísica da Saúde Vol.1 Sistemas respiratório e digestivo. São Paulo (SP): Vida e Consciência; 2001:89.
23. Dahlke R. A doença como símbolo: pequena enciclopédia de psicossomática: sintomas, significados, tratamentos e remissão. São Paulo (SP): Cultrix; 1996.
24. Cairo C. Linguagem do corpo: aprenda a ouvi-lo para uma vida saudável. São Paulo (SP): Mercuryo; 1999.
25. Caccavo PV. A morte (in) domada. In: Loyola C, Oliveira RMP, organizadores. Índios marginais: imaginário coletivo na saúde. Rio de Janeiro (RJ): EDUFRJ; 2003:10-43.
26. Damy MLC. A desconstrução de uma cena. A construção de uma história. Rev. ter. ocup. 1997; 8 (1): 25-31.
27. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança em saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1994: 116-60.
28. Freire P. Conscientização: teoria e prática: uma introdução ao pensamento de Freire. 3ª. ed. São Paulo (SP): Moraes; 1980.
29. Dias LP, Trentini M, Silva DMGV. Grupos de Convivência: uma alternativa instrumental para a prática de enfermagem. Rev Texto e Contexto 1995; 4 (1):83-92.
30. Osler. Prefácio Seminário de Tuberculose. Fundação Nacional de Saúde [periódico on line]. 2008 [citado em 20 jan 2009]. Disponível em <http://www.cpqrr.fiocruz.br/posgraduacao/cienciasdaude>

Recebido em: 10/11/2009

Aprovado em: 03/12/2009