



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Firmino Brunello, Maria Eugênia; Firmino Cerqueira, Danuza; Carvalho Pinto, Ione; Arcênio, Ricardo Alexandre; Cardozo Gonzales, Roxana Isabel; Scatena Villa, Tereza Cristina; Scatena, Lúcia Marina
Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 22, núm. 2, 2009, pp. 176-182

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023834010>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose*

Interaction between patient and health care professionals in the management of tuberculosis

Vínculo persona enferma-profesional de salud en la atención a pacientes con tuberculosis

Maria Eugênia Firmino Brunello¹, Danuza Firmino Cerqueira², Ione Carvalho Pinto³, Ricardo Alexandre Arcêncio⁴, Roxana Isabel Cardozo Gonzales⁵, Tereza Cristina Scatena Villa⁶, Lúcia Marina Scatena⁷

RESUMO

Objetivo: Avaliar o desempenho dos serviços de saúde no controle da tuberculose para o estabelecimento do vínculo entre doente e profissional de saúde no Município de Ribeirão Preto - SP, em 2007. **Métodos:** Foi aplicado um questionário a 100 doentes, elaborado para atenção básica e adaptado para atenção à tuberculose, que contém dez indicadores de avaliação de vínculo. **Resultados:** Mais de 60% dos doentes de cada unidade referiam que conversam sobre outros assuntos além da tuberculose com os profissionais da saúde, mais de 90% relataram ter tempo suficiente para esclarecer dúvidas sobre o tratamento. Mais de 50% dos doentes de cada ambulatório relataram procurar o médico quando necessitam de cestas básicas ou vale-transporte. **Conclusão:** A organização da assistência à tuberculose realizada por equipes especializadas nos Programas de Controle da Tuberculose apresentou indicadores favoráveis ao vínculo, o que pode contribuir para a identificação das necessidades e busca de soluções.

Descriptores: Tuberculose; Atenção primária à saúde; Avaliação dos serviços de saúde

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of health care services in the management of tuberculosis in Ribeirão Preto, SP, during the year of 2007 in promoting interaction between patient and health care professionals. **Methods:** An adapted questionnaire that contains 10 indicators of interaction was used. The sample consisted of 100 patients with tuberculosis. **Results:** More than 60% of patients reported they engaged in conversations about other issues besides tuberculosis with their health care professionals. The majority of the sample (90%) reported they have enough time to clarify their questions about the treatment of tuberculosis. More than 50% of patients from each outpatient clinic reported to contact their physician when they were in need for food or transportation voucher. **Conclusion:** The structure of the delivery of health care by specialized health care teams from the “Programs for Tuberculosis Control” had good indicators of interaction between patient and health care professionals, which may contribute to the identification of patients’ needs and searching for resources to address those needs.

Keywords: Tuberculosis; Primary health care; Health services evaluation

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el desempeño de los servicios de salud en el control de la tuberculosis para el establecimiento del vínculo entre persona enferma y profesional de salud en el Municipio de Ribeirão Preto - SP, en el 2007. **Métodos:** Fue aplicado un cuestionario a 100 enfermos, elaborado para la atención básica y adaptado para la atención a la tuberculosis, que contiene diez indicadores de evaluación de vínculo. **Resultados:** Más del 60% de los enfermos de cada unidad refirieron que conversan sobre otros asuntos, además de la tuberculosis, con los profesionales de salud, más del 90% relataron tener tiempo suficiente para aclarar dudas sobre el tratamiento. Más del 50% de los enfermos de cada consultorio relataron que buscan al médico cuando necesitan de canastas básicas o vales de transporte. **Conclusión:** La organización de la asistencia a la tuberculosis realizada por equipos especializados en los Programas de Control de la Tuberculosis presentó indicadores favorables al vínculo, lo que puede contribuir en la identificación de las necesidades y búsqueda de soluciones.

Descriptores: Tuberculosis; Atención primaria de salud; Evaluación de servicios de salud

*Estudo desenvolvido no município de Ribeirão Preto, sendo um subprojeto da pesquisa intitulada: “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da tuberculose em diferentes regiões do Brasil”, edital CNPq doenças negligenciadas, processo n.º 410547/2006;

¹ Pós-graduanda em Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Mestre em Enfermagem de Saúde Pública do Hospital Estadual de Ribeirão Preto – HERP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Doutora, Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴ Doutor, Professor Adjunto da Universidade Federal do Mato Grosso – UFMT - Cuiabá (MT), Brasil;

⁵ Doutora, Professora da Universidade Federal do Mato Grosso - UFMT - Cuiabá (MT), Brasil;

⁶ Professora Titular, Coordenadora da área de pesquisas operacionais da Rede Brasileira de Pesquisas em TB, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁷ Doutora, Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto, (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece como um dos maiores desafios às políticas de saúde pública, visto que as drogas, de forma geral, são efetivas contra o bacilo, no entanto, a incitação que se faz constante volta-se aos constituintes organizacionais dos serviços de saúde e o próprio comportamento humano⁽¹⁾.

Alguns estudos têm apontado taxas de cura similares no tratamento supervisionado e no autoadministrado⁽²⁾, situação epidemiológica que pode ser justificada pela qualidade de interação entre usuários e profissionais de saúde⁽³⁾.

A lógica de organização em diversos serviços de atenção à TB segue normas rígidas instituídas por métodos epidemiológicos internacionais, nas quais, se estabelece o controle da doença e do doente⁽⁴⁾ não respeitando a autonomia do usuário no processo assistencial, dificultando a comunicação e o relacionamento entre os envolvidos no tratamento da enfermidade⁽⁵⁻⁶⁾.

Estudos apontam vários comportamentos que denotam relações impessoais e de submissão dos pacientes no seguimento do tratamento da TB como: exigências de mudança de hábitos e costumes, moradia fixa, imposição da medicação e de dietas especiais, comparecimento constante ao serviço de saúde sem considerar os determinantes e condicionantes do processo saúde – doença⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Nos municípios prioritários do Estado de São Paulo, um estudo mostrou que, além da supervisão da medicação, deve-se atribuir, como prioridade, no processo assistencial, a melhoria da relação entre o usuário e o trabalhador da saúde. Os autores ainda consideram que somente haverá sucesso no tratamento, se estabelecido o vínculo⁽¹¹⁾. Diversas pesquisas têm demonstrado aspectos cruciais no estabelecimento do vínculo, como: valorização da queixa, subjetividade, comunicação social, relação de escuta e de empatia com o usuário⁽¹²⁻¹⁷⁾.

O vínculo pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção, e seu uso ao longo do tempo requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que refletem a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde⁽¹⁸⁾, constituindo um dos principais elementos estruturantes na atenção e no controle da TB, uma vez que ele permeia a responsabilização, a integralidade, a humanização, entre outros⁽¹¹⁾.

O município em estudo, no ano de 2006, apresentou um coeficiente de incidência de TB pulmonar da ordem de 37,82 por 100 mil habitantes, taxa de detecção de casos de 40% e um percentual de cura de 68,5%⁽¹⁹⁾, sendo de fundamental importância a investigação da interação entre profissionais de saúde e doentes, mediada pelo vínculo, a fim de oferecer subsídios às políticas públicas e trabalhadores de saúde na superação decisiva de um modelo biomédico, que embora tenha sua relevância reconhecida em décadas

atrás, não é suficiente para controlar uma enfermidade social que há tempos debilita e leva à morte um contingente expressivo da população brasileira.

O presente estudo teve como objetivo avaliar o desempenho dos serviços de saúde no controle da tuberculose para o estabelecimento do vínculo entre doente e profissional de saúde, no município de Ribeirão Preto – SP em 2007.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo exploratória de recorte quantitativo, com enfoque na dimensão vínculo entre profissional e doente de TB como um dos componentes estruturantes da Atenção Primária à Saúde⁽¹⁸⁾.

A população do estudo constituiu-se de 133 pacientes que se encontravam em tratamento no período da coleta de dados (junho e julho de 2007). Foram entrevistados 100 doentes de TB que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de dezoito anos, ser residente em Ribeirão Preto, estar fora do sistema prisional, estar em tratamento há pelo menos um mês e concordarem com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os 100 doentes distribuíram-se da seguinte forma nos Programas de Controle da TB dos Ambulatórios de Referência A, B, C e D, respectivamente: 39, 24, 22 e 15.

Deve-se destacar que os ambulatórios onde funcionam os Programas de Controle da TB serão representados por letras, de forma a preservar a identidade dos serviços de saúde.

Para a avaliação da dimensão vínculo utilizou-se indicadores construídos com base nos instrumentos de avaliação rápida da organização e desempenho dos serviços da Atenção Primária à Saúde, formulados e validados⁽²⁰⁾ no Brasil e adaptados para avaliar a atenção à TB⁽²¹⁾.

Foi elaborado um questionário para o doente de TB, contendo questões com escores de zero a cinco, sobre a dimensão vínculo na Atenção Primária à Saúde. Cada pergunta permitia ao sujeito assinalar a freqüência em que cada situação específica ocorria (se aplicada ou não à sua situação individual), sendo apresentada numa escala de tipo Likert com seis posições de respostas: "ignorada", "nunca", "quase nunca", "às vezes", "quase sempre" e "sempre". Os dados sócio-demográficos também foram considerados para a caracterização dos doentes de TB em tratamento.

A atenção à TB no município de Ribeirão Preto se organiza em cinco distritos de saúde com equipes especializadas para o Programa de Controle de TB, constituídas em média por um médico, uma enfermeira e dois auxiliares de enfermagem, que também desenvolvem ações em outros programas na unidade de saúde. O tratamento supervisionado é oferecido nos cinco ambulatórios para todos os doentes de TB, com opção

de oferecimento desta modalidade de tratamento na unidade de saúde ou no domicílio do doente. Ressalta-se, que os doentes atendidos no Programa de Controle da TB do ambulatório E não participaram do estudo em virtude de, no período da coleta de dados, a equipe local passava por reformulações e atendia, no momento, apenas os doentes do sistema prisional, sendo que os demais estavam sendo atendidos pelos demais ambulatórios.

Indicadores construídos para o estudo da relação vínculo entre equipe e doente

- Preocupação dos profissionais em relação a outros problemas de saúde do doente;
- Compreensão dos profissionais com outros problemas de saúde do doente;
- Esclarecimentos das dúvidas dos doentes pelos profissionais da saúde que tratam da TB;
- Disponibilidade de escuta do doente por parte dos profissionais de saúde;
- Registro das queixas dos doentes pelos profissionais de saúde;
- Profissional como referência para o doente no caso de alguma necessidade;
- Opinião do doente sobre a equipe que o atende.

Procedimentos

O levantamento destes pacientes foi realizado tendo como fontes: ficha de notificação compulsória, livro preto (livro em que se registram os casos em cada ambulatório)

e informação do profissional de saúde que realiza o tratamento supervisionado. O agendamento das entrevistas deu-se por telefone ou através dos próprios profissionais do serviço de saúde. O local e o horário da aplicação do questionário foram escolhidos pelo doente, incluindo finais de semana e período noturno. A contribuição da equipe do serviço de saúde foi primordial para a localização dos pacientes e o contato com os mesmos. Algumas entrevistas foram em regiões de difícil acesso geográfico e social.

Análise dos dados

Para análise dos dados utilizou-se o Software *Statistica* 7.0 da *Statsoft*. Foram construídas tabelas de freqüências para cada indicador, para expressar as freqüências relativas de cada resposta fornecida pelos doentes (nunca/quase nunca/às vezes/sempre/quase sempre).

Aspectos éticos da pesquisa

Atendendo à Resolução do CONEP n.º 196/96, foi garantido o anonimato dos sujeitos do estudo, sendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo entrevistado. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em 2007.

RESULTADOS

A Tabela 1 traz o perfil sóciodemográfico dos doentes entrevistados em cada ambulatório de referência.

Tabela 1 – Características sóciodemográficas dos doentes de tuberculose entrevistados, segundo ambulatório de referência, Ribeirão Preto (2007)

Características	Ambulatório de Referência / Programa de Controle da Tuberclose				
	C (n=22) %	A (n=39) %	B (n=24) %	D (n=15) %	Total (n=100) %
Sexo					
Feminino	36,4	35,9			31
Masculino	63,6	64,1			69
Escolaridade					
Sem escolaridade	4	1	2	0	7
Ensino fundamental incompleto	12	24	14	11	61
Ensino fundamental completo	1	5	2	2	10
Ensino médio incompleto	0	3	2	0	5
Ensino médio completo	3	4	4	1	12
Ensino superior incompleto	1	0	0	1	2
Ensino superior completo	1	2	0	0	3
Moradia					
Própria	14	29	10	9	62
Alugada	5	8	7	2	22
Emprestímo	2	2	4	3	11
Instituição	1	0	3	1	5
Tipo de moradia					
Alvenaria	21	38	24	13	96
Madeira	0	1	0	2	3
Material reciclável	1	0	0	0	1

A Tabela 2 mostra a distribuição dos doentes, segundo a modalidade de tratamento ao qual é submetido nos ambulatórios de referência.

Tabela 2 - Doentes de tuberculose segundo tipo de tratamento em ambulatórios de referência, Ribeirão Preto, (2007)

	Ambulatórios de Referência/Programa de Controle da Tuberculose			
	C (n=22)	A (n=39)	B (n=24)	D (n=15)
	%	%	%	%
Tipo de tratamento				
Supervisionado	100,0	71,8	72,0	86,6
Auto-administrado	0	28,2	28,0	13,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

A Tabela 3 demonstra a distribuição dos doentes entrevistados segundo a freqüência com que os mesmos conversam com o profissional de saúde sobre outros problemas, além da TB.

Tabela 3 - Doentes de tuberculose segundo freqüência de conversa com o profissional de saúde sobre outros problemas em ambulatórios de referência, Ribeirão Preto (2007)

	Ambulatórios de Referência/Programa de Controle da Tuberculose			
	C (n=22)	A (n=39)	B (n=24)	D (n=15)
	%	%	%	%
Freqüência				
Sempre/ Quase sempre	68,2	64,1	83,3	60,0
Às vezes	18,2	7,7	4,2	26,7
Nunca / quase nunca	13,6	28,2	12,5	13,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

A Tabela 4 traz a distribuição dos doentes entrevistados segundo a freqüência com que os mesmos procuram por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, devido a diferentes problemas.

Entre os entrevistados, 99% referiam que são sempre atendidos pelo mesmo profissional durante as consultas médicas e também conseguem sanar dúvidas com o mesmo profissional. Os doentes responderam que se sentiam compreendidos pelos profissionais, além de

referirem que estes respondiam suas perguntas e dúvidas de maneira clara (96%).

Todos os entrevistados responderam que o profissional de saúde que o atende anota as referidas queixas no prontuário.

Quando perguntados se os profissionais de saúde oferecem tempo suficiente para o esclarecimento das dúvidas sobre a TB, todos os doentes entrevistados nos ambulatórios C e D responderam que sempre. Nos ambulatórios A e B, 92,3% e 91,7%, respectivamente, responderam que sempre.

A maioria dos doentes respondeu que sempre receberam informações e explicações sobre os medicamentos para TB nos diferentes ambulatórios, C (95,5%), A (94,9%), B, (87,5%) e D (86,7%). Os doentes referiam que sempre receberam orientações sobre a ingestão de outros medicamentos que não os da TB nos ambulatórios: A (82%), B (79,2%), C (86,4%) e D (93,3%).

O conceito atribuído pelo doente ao serviço de saúde que o atende (Programa de Controle da TB), nos ambulatórios de referência, está expresso na Tabela 5.

Tabela 5 - Percepção do doente sobre a atenção recebida da equipe do Programa de Controle da Tuberculose em ambulatórios de referência, Ribeirão Preto (2007)

	Ambulatórios de Referência/Programa de Controle da Tuberculose			
	C (n=22)	A (n=39)	B (n=24)	D (n=15)
	%	%	%	%
Conceito				
Muito Bom	81,8	69,2	66,6	80,0
Bom	18,2	28,2	29,2	13,3
Regular	0	2,6	4,2	6,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

DISCUSSÃO

Os dados obtidos com relação às características dos doentes entrevistados, estão de acordo com o perfil da população acometida pela TB no Brasil, que é em grande parte do sexo masculino (93%), com ensino fundamental incompleto, em 74% dos casos⁽²²⁾. Os portadores deste perfil são os indivíduos que mais facilmente abandonam o tratamento, predispondo a sociedade à

Tabela 4 – Doentes de tuberculose segundo freqüência de procura por profissionais devido a diferentes problemas em ambulatórios de referência, Ribeirão Preto (2007)

	Ambulatórios de Referência/Programa de Controle da Tuberculose															
	C (n=22)				A (n=39)				B (n=24)				D (n=15)			
	M	E	AE	M	E	AE	M	E	AE	M	E	AE	M	E	AE	
Freqüência																
Sempre/ quase sempre	54,5	22,7	40,9	89,7	0	20,5	95,8	8,3	16,7	53,3	33,3	73,3				
Às vezes	9,1	13,6	9,1	0	2,6	2,6	4,2	0	0	20,0	20,0	6,7				
Nunca/ quase nunca	36,4	63,7	50,0	10,3	97,4	76,9	0	91,7	83,3	26,7	46,7	20,0				
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0				

Legenda: M=médico; AE= auxiliar de enfermagem; E= enfermeiro

ocorrência do aparecimento da TB multidrogar-resistente⁽²³⁾. No que se refere à condição de moradia, 62% dos sujeitos revelaram domicílio próprio, o que contrasta com a literatura, uma vez que os doentes, devido à baixa renda e pobreza extrema, tendem a concentrar-se em sua maioria em favelas, cortiços e habitações irregulares^(8,24).

Com relação à cobertura do Tratamento Supervisionado, permitiu constatar níveis elevados em consonância às recomendações da Organização Mundial de Saúde, de próximo a 100%⁽²⁵⁾. Deve-se destacar que essa modalidade de tratamento tem promovido melhoria nos indicadores epidemiológicos em países em desenvolvimento⁽²⁵⁾, elevando-se, vigorosamente, os percentuais de cura e diminuindo o de abandono, embora se reconheça que o êxito terapêutico esteja mais voltado à qualidade da interação entre os profissionais e os doentes⁽¹⁾.

Assim, reconhece-se que o controle da TB está aquém da supervisão da ingestão medicamentosa ou do Tratamento Supervisionado, pois inclui o processo de vínculo que se estabelece entre o doente e a equipe de saúde. Essa relação é de crucial importância para adesão ao tratamento, visto que, o sujeito é colocado como protagonista no processo assistencial, com considerável autonomia nos processos decisórios⁽¹¹⁾.

Os resultados mostraram que as equipes de saúde dos Programas de Controle da TB do município em estudo estabeleciam uma relação horizontal entre paciente e profissional de saúde, demonstrando que a maioria dos doentes, nos quatro ambulatórios, sempre é questionada e recebe explicações sobre os tuberculostáticos e outros medicamentos, além de terem suas dúvidas sanadas, de forma satisfatória. Assim, entende-se que, o fornecimento de informações claras e corretas sobre medicamentos para tratar TB faz parte da criação do laço de confiança entre as partes, aspecto importante para o fortalecimento do vínculo em um processo terapêutico⁽²⁶⁾.

No que se relaciona ao tempo oferecido ao doente para o esclarecimento de dúvidas sobre a TB, os resultados mostraram que os ambulatórios com melhor desempenho, C e D, têm um menor número de doentes em atendimento, correspondendo à metade dos ambulatórios A e B, não diferindo em relação ao número de profissionais da equipe do Programa de Controle da TB, o que pode ser um fator favorável ao desempenho destes serviços no que se refere ao vínculo. Reforça-se que a TB é uma doença de cunho social, assim torna-se de grande valia uma comunicação em que o doente possa exprimir todas as suas angústias e os problemas que o envolvem⁽⁶⁾ e a equipe, em uma perspectiva de abordagem holística, não deve focar-se apenas na doença, mas sim no sujeito social que se apresenta.

Ainda no que se refere à comunicação, elemento

essencial advindo do vínculo, verificou-se no ambulatório A que a equipe de saúde não abordava outros temas além da TB, de acordo com 28,2% dos entrevistados. Tal resultado pode, possivelmente, estar relacionado ao mesmo percentual de doentes em tratamento autoadministrado neste ambulatório, pelo fato destes não contarem com uma relação mais estreita com a equipe que o atende e o profissional que realiza o tratamento supervisionado no domicílio ou na unidade de saúde, sendo, muitas vezes, nesta ocasião, que o responsável discute os problemas sociais *in loco*, ultrapassando assim, o corpo biológico da doença instalada para os condicionantes e determinantes sociais do processo saúde-doença⁽²⁷⁾.

A restrição na comunicação aos aspectos biomédicos da TB nos ambulatórios em estudo, principalmente no A, contribui significativamente para uma relação impessoal, sem diálogos, escutas, responsabilização, subjetividades, dificultando o estabelecimento do vínculo, e assim a adesão ao tratamento.

Deve-se, portanto, repensar acerca das práticas de saúde no contexto da TB, visto que o modelo atual não é suficiente e acarreta considerável ônus ao sistema de saúde, pois muitos destes doentes insatisfeitos, fatalmente abandonarão o tratamento, situação favorável, portanto, à multidrogaresistência, cujo custo de tratamento excede em até mil vezes o tratamento convencional⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Em estudo realizado no Nepal, os autores identificaram maior risco para não adesão, os doentes que apresentavam comunicação deficiente com os trabalhadores de saúde, embora os autores tenham restringido a comunicação aos aspectos biológicos da doença, como efeitos colaterais, tratamento e duração⁽¹⁴⁾.

Verificou-se ainda, que em todos os Programas de Controle da TB analisados, as queixas do doente são anotadas no prontuário, o que, à primeira impressão, pode ser considerado como qualidade dos serviços de saúde na sistematização do registro de TB e que a equipe está valorizando o relato do cliente. Entretanto, analisados mais a fundo, se os registros pautam-se unicamente na dimensão clínica, perdendo a noção do todo, do contexto social, a qualidade da relação doente-profissional de saúde poderá ser comprometida.

A relação de vínculo está pautada em uma relação de compreensão, consiste em dar apoio e oferecer escuta, narrar fatos e provocar a narração por parte do outro⁽³⁰⁾. Esses aspectos contribuem, fortemente, para a continuidade da atenção à TB, visto que, todos os fatores que obstaculizam a continuidade terapêutica, de ordem biológica, psicológica ou social que, por ventura, se apresentam no longo trajeto do tratamento, serão mais facilmente expostos pelo doente quando socialmente aceitos pela equipe.

Há na literatura, evidências da satisfação do cliente/

paciente sobre a continuidade (longitudinalidade) da atenção prestada, mas pouca satisfação sobre a qualidade dos serviços⁽³¹⁾.

Os achados revelaram, ainda, que em todos os Programas de Controle da TB estudados, o doente geralmente é atendido por um mesmo profissional, o que facilita o estabelecimento do vínculo, pelo contato constante e o longo prazo.

Em um estudo, a exposição de uma experiência dentro de um consultório, demonstra que o modelo biomédico não é somente penoso ao usuário do serviço de saúde, mas também às equipes de saúde, que tornam-se alienadas ao seu saber socialmente instituído. O autor relata sua vivência ao transpor um modelo insuficiente, vistas as necessidades sociais da população para o cuidado de prática humanizada⁽³²⁾.

Um dos aspectos imprescindíveis ao vínculo refere-se à figura de um profissional da saúde, um indivíduo a quem o doente sempre recorre quando apresenta um problema, seja de origem biológica ou não. De acordo com os resultados, 95,8% dos entrevistados no ambulatório B e 89,7% no ambulatório A apontaram que reportam-se ao médico, em contraposição 8,3% referiram procurar pelo enfermeiro no ambulatório B e não houve relato de demanda por enfermeiro no A.

Com relação à figura do médico, alguns estudos confirmam a “preferência” dos pacientes em procurar este profissional em detrimento de outros, como o enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, pois isso está muito ligado à questão da hegemonia do saber e que em inúmeras ocasiões, o médico é o profissional mais requisitado⁽³³⁻³⁴⁾.

A centralidade da assistência no saber médico ainda é uma constante realidade dos serviços, o que corrobora por filas homéricas em muitas localidades, que tem gerado exaustão e colapso dos serviços públicos de saúde⁽³⁵⁾. Assim, a atenção à TB, que está imbricada nos aspectos sócio-organizacionais do sistema de saúde, acompanha essa lógica, refletindo nas respostas dos sujeitos entrevistados.

As possíveis explicações para os doentes referirem não procurar o enfermeiro, podem ser o maior envolvimento deste com atividades administrativas do que na própria assistência de enfermagem, deixando muitas vezes, suas competências aos encargos do auxiliar de enfermagem ou médico⁽³⁵⁾. Essa atitude resulta no afastamento e na dificuldade para a criação e estabelecimento do vínculo entre o paciente e este profissional⁽²⁶⁾.

Apesar de serem apontados elementos que interferem substancialmente na relação de vínculo, como restrição da comunicação aos aspectos biomédicos, como

observado no ambulatório A, verificou-se que a maior parte dos doentes em todos os Programas de Controle da TB, avaliam como muito bom e bom o serviço prestado. Deve-se, assim, supor que quando o sujeito toma como referência outros cenários, de longas filas, de violência e de descaso por parte das equipes, considera que os ambulatórios ocupam níveis satisfatórios de desempenho organizacionais, com acesso ao tratamento garantido aos que demandam o serviço de saúde. Um dos aspectos ainda a ser considerado no estudo, que pode indiretamente influenciar nos resultados, foi a opção do doente em realizar a entrevista no serviço de saúde, embora a escolha do local fosse a critério do entrevistado, esse evento de alguma forma poderia inibi-lo ao ser abordado sobre a qualidade da atenção oferecida pela equipe do programa.

Entretanto, faz-se necessário superar o ranço desse modelo existente nos serviços de saúde, a fim de que as equipes possam incorporar novas tecnologias nos processos de trabalho, de forma que os doentes possam ter acesso aos recursos disponíveis na rede pública. Parte-se da premissa que o vínculo constitui-se em elemento fundamental e estruturante das práticas de saúde e na atenção à TB, *pois somente desta maneira é possível atender de fato às demandas e necessidades dos sujeitos reais, do trabalho em saúde*⁽³³⁾.

CONCLUSÃO

A organização da atenção à TB, por equipes especializadas (Programa de Controle da TB) em distritais de saúde, no município de Ribeirão Preto apresentou desempenho favorável para o desenvolvimento do vínculo entre doente e profissional de saúde, favorecendo a adesão do primeiro ao tratamento da doença. Entretanto, o vínculo apresentou resultados mais favoráveis nos programas que atendem menor número de doentes, o que mostra que este aspecto facilita a comunicação e a relação entre doente-profissional de saúde, precisando, este último de disponibilidade para escutar o outro, a fim de identificar necessidades e buscar soluções.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto (FMRP/USP) e Lúcia Marina Scatena (Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose) pela colaboração;

Projeto financiado pela FAPESP, edital PPSUS processo nº. 2006/61489-3 e CNPq Doenças negligenciadas, processo nº. 410547/2006-9.

REFERÊNCIAS

1. Davies PD. The role of DOTS in tuberculosis treatment and control. *Am J Respir Med.* 2003;2(3):203-9.
2. Snyder DC, Chin DP. Cost-effectiveness analysis of directly observed therapy for patients with tuberculosis at low risk for treatment default. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999;160(2):582-6.
3. Ormerod L. Directly observed therapy (DOT) for tuberculosis: why, when, how and if? *Thorax.* 1999;54 Suppl 2:S42-5.
4. Fanning A. An ethical consideration of TB: still a social disease with a medical aspect? *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008;12(3):229. Comment on: *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008;12(3):231-5.
5. Porter JD, Ogden JA. Ethics for directly observed therapy for the control of infectious diseases. *Bull Inst Pauster.* 1997;95(3):117-27.
6. Waisbord S. Beyond the medical-informational model: recasting the role communication in tuberculosis control. *Soc Sci Med.* 2007;65(10):2130-4.
7. Sagbakken M, Frich JC, Bjune G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2008;8:11.
8. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2005. Geneva: World Health Organization; c2005.
9. Needham DM, Bowman D, Foster SD, Godfrey-Faussett P. Patient care seeking barriers and tuberculosis programme reform: a qualitative study. *Health Policy.* 2004;67(1):93-106.
10. Sanou A, Dembele M, Theobald S, Macq J. Access and adhering to tuberculosis treatment: barriers faced by patients and communities in Burkina Faso. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(12):1479-83.
11. Arcêncio RA, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Pinto IC, Villa TC. City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008;12(5):527-31.
12. Volmink J, Matchaba P, Garner P. Directly observed therapy and treatment adherence. *Lancet.* 2000;355(9212):1345-50. Erratum in: *Lancet.* 2000;356(9227):434.
13. Santha T, Garg R, Frieden TR, Chandrasekaran V, Subramani R, Gopi PG, et al. Risk factors associated with default, failure and death among tuberculosis patients treated in a DOTS programme in Tiruvallur District, South India, 2000. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2002;6(9):780-8. Comment in: *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003;7(2):200-1.
14. Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Adherence is associated with the quality of professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short- course, DOTS. *Patient Educ Couns.* 2006;63(1-2):29-37.
15. Long NH, Johansson E, Diwan VK, Winkvist A. Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in Vietnam: a gender analysis. *Health Policy.* 2001;58(1):69-81.
16. Khan MA, Walley JD, Witter SN, Sha SK, Javeed S. Tuberculosis patient adherence to direct observation: results of a social study in Pakistan. *Health Policy Plan.* 2005;20(6):354-65.
17. Lönnroth K, Tran TU, Thuong LM, Quy HT, Diwan V. Can I afford free treatment? Perceived consequences of health care provider choices among people with tuberculosis in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Soc Sci Med.* 2001;52(6):935-48.
18. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 725p.
19. Lucca MES. Análise epidemiológica da tuberculose e co-infeção HIV/TB em Ribeirão Preto-SP, de 1998-2006. [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
20. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
21. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J Bras Pneumol.* 2008 no prelo.
22. Severo NPF, Leite CQF, Capela MV, Simões MJS. Características clínico-demográficas dos pacientes hospitalizados com tuberculose no Brasil, no período de 1994 a 2004. *J Bras Pneumol.* 2007;33(5):565-71.
23. Albuquerque MFM, Leitão CCS, Campelo ARL, Souza WV, Salustiano A. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Pública = Pan Am J Public Health.* 2001;9(6):368-74.
24. Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (DOTS) no município de São Paulo-SP. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
25. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008. Geneva: World Health Organization; c2008.
26. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health.* 1999;15(4):777-87.
27. Sánchez AIM. O tratamento diretamente observado "DOTS" e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo - São Paulo - Brasil. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
29. Bayer R, Stayton C, Desvarieux M, Healton C, Landesman S, Tsai WY. Directly observed therapy and treatment completion for tuberculosis in the United States: is universal supervised therapy necessary? *Am J Public Health.* 1998;88(7):1052-8. Comment in: *Am J Public Health.* 1998;88(7):1014-5. *Am J Public Health.* 1998;88(7):1015-6. *Am J Public Health.* 1999;89(4):602-3. *Am J Public Health.* 1999;89(4):603-4. *Am J Public Health.* 1999;89(4):604. *Am J Public Health.* 1999;89(4):604-5.
30. Carvalho AMA, Bastos ACSB, Rabinovich EP, Sampaio SMR. Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. *Psicol Estud.* 2006;11(3):589-98.
31. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002
32. Ayres JRCM. O cuidado, os modos do ser (do) humano e as práticas da saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(3):16-29.
33. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health.* 2004;20(6):1487-94.
34. Teixeira RA, Mishima SM. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2000;53(3):386-400.
35. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sassaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, Villa TCS. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(2):262-7.