

O VÍNCULO COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE NO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

RELATIONSHIPS WITH THE HEALTH PROFESSIONAL IN THE TREATMENT OF TUBERCULOSIS: PATIENTS' PERCEPTION

EL VÍNCULO CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS: PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS

Mara Cristina Ribeiro Furlan¹, Aires Garcia dos Santos Júnior², Sonia Silva Marcon³

RESUMO

Objetivo: analisar, na perspectiva dos usuários, o vínculo com profissionais de saúde que atuam no tratamento de tuberculose, em serviços centralizados e descentralizados de saúde. **Método:** estudo, em que foram entrevistados 89 pacientes com uso do *Primary Care Assessment Tool*, validado no Brasil, e adaptado para a assistência a TB. Os dados que satisfizeram as pressuposições de independência, homocedasticidade e normalidade, foram submetidos à análise de variância; os demais, ao teste de Kruskal-Wallis. **Resultados:** a maioria dos sujeitos (46, que equivalem a 51,7%) possuía entre 30 a 49 anos e ensino fundamental incompleto (53, ou seja, 59,6%). O enfermeiro foi o profissional mais procurado pelos usuários (46, ou seja, 53,1%); quanto ao indicador tempo para o usuário tirar dúvidas e preocupações, obteve-se a avaliação de regular nos serviços centralizados (média: 3,84, desvio padrão: 1,61) e descentralizados (média: 3,80, desvio padrão: 1,73). **Conclusão:** há necessidade de ampliação do vínculo entre profissionais e pacientes.

Descritores: Tuberculose; Pesquisa sobre serviços de saúde; Relações profissional-paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the relationship with health professionals working in the treatment of tuberculosis in centralized and decentralized health services, from the patients' perspective. **Method:** evaluative study, in which we interviewed 89 patients using the *Primary Care Assessment Tool*, validated in Brazil and adapted for assistance in TB. The data satisfied our assumptions of independence, homoscedasticity and normality and were subjected to variance analysis; the others, to the Kruskal-Wallis test. **Results:** most participants (46, that is 51.7%) were between 30 to 49 years old and 53 had incomplete primary education (59.6%). The nurse was the professional most required by users (46, that is, 53.1%); As for the indicator time for the user to ask questions and concerns, it was evaluated as regular in the centralized (mean 3.84, SD: 1.61) and decentralized (mean 3.80, SD: 1.73) services. **Conclusion:** it is necessary to improve the relationship between professionals and patients.

Descriptors: Tuberculosis; Health services research; Professional-patient relationship; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar, desde la perspectiva de los usuarios, el vínculo con los profesionales de la salud que trabajan en el tratamiento de la tuberculosis en servicios centralizados y descentralizados de salud. **Método:** estudio evaluativo, que entrevistó a 89 pacientes utilizando *Primary Care Assessment Tool*, validado y adaptado para la asistencia en la tuberculosis. Los datos que satisficieron las hipótesis de independencia, homocedasticidad y normalidad se sometieron a análisis de varianza; los otros a la prueba de Kruskal-Wallis. **Resultados:** la mayoría de los participantes (46, equivalentes al 51,7%) tenía entre 30 y 49 años y 53 con educación primaria incompleta (59,6%). El enfermero es el profesional más buscado por los usuarios (46 o sea 53,1%); En cuanto al indicador tiempo para que el usuario se saque dudas y preocupaciones, se obtuvo la evaluación de regular en los servicios centralizados (media de 3,84, desvío estándar: 1.61) y descentralizados (media de 3,80, desvío estándar: 1.73). **Conclusión:** hay necesidad de ampliar el vínculo entre los profesionales y los pacientes.

Descriptores: Tuberculosis; Investigación en servicios de salud; Relaciones profesional-paciente; Enfermería.

¹Graduada em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Docente na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Campus Três Lagoas. ²Graduado em Enfermagem. Doutor pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Docente na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Campus Coxim. ³Graduada em Enfermagem. Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente na Universidade Estadual de Maringá.

Como citar este artigo:

Furlan MCR, Junior AGS, Marcon SS. O vínculo com o profissional de saúde no tratamento de tuberculose: percepção dos usuários. 2017; 7: e1934. [Access _____]; Available in: _____. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1934>

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença que, embora conhecida há séculos, ainda representa um grave problema de saúde pública, principalmente para os países em desenvolvimento⁽¹⁾. No Brasil, no período de 2005 a 2014, ocorreram, em média, por ano, 70 mil casos novos e 4.400 óbitos por TB e entre 2012 e 2015, 840 casos novas drogas resistentes por ano⁽¹⁾.

Diante desse cenário, medidas para controlar a TB foram propostas, sistematizadas e intensificadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) com o propósito de alcançar as metas internacionais definidas pela estratégia Stop-TB, cujos objetivos vão de encontro ao compromisso Global, denominado Objetivos do Milênio (ODM), acordado em 2002 pelo Brasil e 192 países membros das Nações Unidas. Essa estratégia estabeleceu metas sociais, políticas, econômicas, culturais e ambientais para combater o HIV/Aids, a malária, a TB, entre outras doenças⁽²⁾.

No que se refere à TB, as metas dos ODM visavam, até 2015, reduzir em 50% a prevalência e mortalidade da doença, quando comparada a 1990. Além disso, tinha por objetivo detectar 70% dos pacientes bacilíferos e curar, pelo menos, 85% dos casos tratados⁽²⁾. Após 2015, o Ministério da Saúde do Brasil assumiu o compromisso de reduzir em 95%, os óbitos e, em 90%, o coeficiente de incidência da doença até 2035⁽³⁾.

Para atingir os compromissos estabelecidos, entre os componentes da Estratégia Stop-TB, está a ampliação, aperfeiçoamento e fortalecimento da *Directly Observed Treatment Strategy (DOTS)*, pautada em cinco pilares, considerados essenciais para o controle da doença: compromisso político, detecção de casos por baciloscopia, esquemas de tratamento padronizados, Tratamento Diretamente Observado (TDO), suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados e sistema de registro e notificação de casos⁽⁴⁾. Sua implantação, objetiva-se tornar viável, com o apoio dos recursos humanos já existentes nos serviços de atenção básica, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁽⁵⁾.

Além dessas, estratégia fundamental para a adesão ao tratamento de TB é o fortalecimento do vínculo paciente-profissional de saúde. 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 reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde⁽⁶⁾.

O vínculo com os usuários do serviço de saúde envolve afetividade, ajuda e respeito, o que favorece a autonomia, cidadania e participação deste durante a prestação do serviço. A partir dele ocorre a negociação, com vistas a identificar necessidades e estimular o usuário à conquista da autonomia quanto à sua saúde⁽⁶⁾, o que por sua vez, amplia a eficácia das ações de saúde. O vínculo pressupõe a existência de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes. Os usuários apoiados conseguem participar ativamente da superação dos seus problemas, estabelecer decisões e as assumirem no seu viver⁽⁷⁾. O vínculo, portanto, constitui 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⁽⁸⁾.

O estabelecimento do vínculo paciente-profissional de saúde permite que o doente se sinta acolhido, encontrando espaço para solucionar dúvidas e se expressar sobre seu processo terapêutico. Envolve, ainda, atendimento e esclarecimento de dúvidas, pelos mesmos profissionais, que devem compreender e dar respostas claras ao usuário, quando este procura o serviço de saúde. Ademais, aqueles devem investigar sobre outros problemas de saúde, além do motivo da ida do usuário ao serviço, e explicar sobre os medicamentos utilizados para o tratamento⁽⁶⁾.

Contudo, apesar de estudos demonstrarem bom estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e pacientes, alguns aspectos ainda necessitam ser melhorados para abranger a totalidade dos indivíduos que realizam o tratamento de TB, entre eles, ouvir os problemas destas pessoas e divulgar orientações sobre o tratamento da doença⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Destaca-se que não há consenso na literatura de que a descentralização dos serviços de controle da TB favorece o vínculo profissional-paciente. Estudo que avaliou o vínculo sob a percepção dos profissionais da ESF, constatou que a maior parte dos entrevistados realizavam ações para fortalecimento desta relação, como ofertar informações de TB sobre forma de transmissão, horário para tomada da medicação e possíveis reações adversas, necessidade de examinar os contatos e importância de adesão ao tratamento⁽¹¹⁾. Outro estudo, no entanto, demonstrou que não houve diferença entre o estabelecimento de vínculo entre profissionais de serviços centralizados ou descentralizados de TB. Contudo, em ambos os tipos de serviços foi encontrado bom desempenho nos seguintes

aspectos: conversa com o usuário sobre outros problemas além da TB, fornecimento de tempo suficiente para que possa falar e obter resposta às suas dúvidas e informações sobre o medicamento⁽¹¹⁻¹²⁾.

Neste sentido, as visitas domiciliares são apontadas como forma positiva para o estabelecimento de vínculo profissional-paciente; porém, o fato de os serviços de atenção à TB serem descentralizados, não implica necessariamente no uso desta estratégia pelas equipes de saúde⁽¹²⁻¹³⁾. Já o Todo, nos serviços centralizados, realizado por equipe própria ou mesmo pelas equipes das unidades de saúde descentralizadas, constitui fator importante para o desempenho satisfatório no vínculo profissional-paciente⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Nesse contexto, é fundamental estudar o vínculo nos serviços de saúde de TB, pois este exerce papel fundamental na adesão ao tratamento, por permitir aproximação entre profissional de saúde e usuário e por favorecer o protagonismo da pessoa com TB nesta fase. Isso se deve ao fato de maior vínculo estar relacionado com recebimento de mais orientações, maior tempo para o usuário questionar dúvidas aos profissionais e ter maior acesso e acolhimento nos serviços.

Além disso, há necessidade de se avaliar serviços de saúde que passam por reorganização da rede assistencial, como no caso dos serviços de controle da TB, em que os serviços estão sendo incorporados para a Atenção Primária à Saúde. Desta forma, este estudo objetivou analisar, na perspectiva dos usuários, o vínculo com os profissionais de saúde que atuam no tratamento da tuberculose em serviços centralizados e descentralizados na região noroeste do Paraná.

MÉTODO

Estudo transversal, de natureza quantitativa, realizado no âmbito da 15ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, que é conformada por 30 municípios, com população total de 712.626 mil habitantes e tem, como sede a cidade de Maringá-PR⁽¹⁶⁾.

Cabe destacar que o tratamento de TB foi descentralizado da 15ª RS e passou a ser realizado no município de residência do paciente em 2008. Porém, como a maioria dos municípios são de pequeno porte, ainda existe serviço de referência para casos de difícil diagnóstico e infecção multirresistente, mantido pelo Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense (CISAMUSEP), com sede em Maringá.

Dos 30 municípios que compõem a 15ª RS, sete ainda possuíam atendimento centralizado em ambulatório de referência para o tratamento de TB, seis deles, com população entre 20.000 a 36.000 habitantes e um, com mais de 80 mil habitantes. Os outros 23 municípios tinham serviço descentralizado nas unidades básicas de saúde tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF).

Desses, seis tinham população menor que 5.000 habitantes e cobertura da ESF entre 71,5% a 100% (média de 86,6%); cinco possuíam população entre 5.000 a 10.000 habitantes e cobertura da ESF entre 59,1% a 100% (média de 71,8%); outros dois, com pouco mais de 10.000 habitantes, sendo que um não tinha equipe da ESF cadastrada e o outro tinha apenas 32,7% da população coberta pela ESF. Um município possuía 32.209 habitantes e cobertura da ESF de 64,2% e Maringá possuía 362.329 habitantes e cobertura da ESF de 60,9%⁽¹⁷⁾.

Os dados referentes aos pacientes em tratamento de TB foram obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), junto à coordenação de TB da 15ª RS do Paraná. Elegeu-se como critério de inclusão para o estudo: possuir 18 anos de idade ou mais, ter realizado pelo menos um mês de tratamento, possuir condições de responder, por si só, o questionário, e como critério de exclusão, estar sendo acompanhado no sistema prisional.

No período de janeiro a março de 2012, foram notificados 151 casos de tuberculose na 15ª RS, todos em indivíduos com mais de 18 anos. Desse total, 18 foram excluídos do estudo: 12, por se encontrarem em sistema prisional; três, por abandono do tratamento e três, por apresentarem doença mental, como esquizofrenia e mal de Alzheimer registradas na ficha do SINAN, no item agravos associados.

O número de indivíduos incluídos no estudo foi determinado considerando prevalência de 50%, nível de confiança de 90%, e margem de erro de 5%, resultando numa amostra de 89 pessoas. Esta foi definida aleatoriamente por técnica de amostragem estratificada proporcional, segundo o tipo de serviço em que realizavam o tratamento de TB (centralizado ou descentralizado).

O número de casos sorteados em cada município pode ser observado na Tabela 1. Para o sorteio dos pacientes a serem estudados, foi utilizada uma lista de números aleatórios gerados pelo programa Statistica 8.0 (*StatSoft*).

Tabela 1. Frequência do número de casos sorteados em cada município para composição da amostra do estudo. Paraná, 2012.

Tipo de tratamento	Número de indivíduos com tuberculose	Número de indivíduos sorteados
Centralizado	38	25
Astorga	3	3
Colorado	3	2
Mandaguaçu	5	3
Mandaguari	3	1
Nova Esperança	5	2
Paçandu	4	4
Sarandi	15	10
Descentralizado	95	64
Ângulo	-	-
Atalaia	-	-
Doutor Camargo	1	-
Floraí	1	-
Floresta	-	-
Flórida	-	-
Iguaraçu	1	1
Itaguajé	1	-
Itambé	5	4
Ivatuba	1	1
Lobato	-	-
Marialva	3	2
Maringá	68	44
Munhoz de Melo	-	-
Nossa Senhora das Graças	-	-
Ourizona	3	2
Paranacity	4	3
Presidente Castelo Branco	2	2
Santa Fé	1	1
Santa Inês	-	-
Santo Inácio	1	1
São Jorge do Ivaí	1	1
Uniflor	2	1
Total	133	89

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2012, no domicílio dos pacientes, após contato telefônico inicial com os sorteados, ocasião em que foram explicitados os objetivos do estudo, solicitada a participação no mesmo e agendado dia e horário mais conveniente ao sujeito. Após três tentativas de contato telefônico ou na ausência deste, foi realizada a visita domiciliar e solicitada a autorização para realização da entrevista. Tanto por telefone quanto pessoalmente, foram explicados os procedimentos que seriam adotados

no estudo, o tipo de participação desejada, a livre opção em participar ou não sem qualquer prejuízo para a assistência dos pacientes, e o tempo provável de duração da entrevista.

Para a avaliação do serviço de TB, utilizou-se indicadores construídos com base no instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), validado no Brasil⁽¹⁸⁾ e adaptado para avaliar a atenção à TB⁽¹⁹⁾. O instrumento é composto por 108 questões, distribuídas em oito dimensões. Neste estudo, foram utilizadas variáveis clínicas, sociodemográficas e

referentes à dimensão vínculo profissional-paciente (Tabelas 2 a 4). Foi realizada, previamente, solicitação aos autores para uso do instrumento. Obteve-se, então, autorização formal assinada pela autora principal do estudo referente à adaptação do instrumento para a atenção à TB.

Cada questão do instrumento, relacionada ao vínculo profissional-paciente, permitia ao sujeito assinalar a frequência em que a situação específica ocorre (se aplicada ou não à sua situação individual). As respostas são apresentadas numa escala do tipo *Likert*, à qual foi atribuído um valor entre zero e cinco. O valor zero representa a resposta “não sei” ou “não se aplica” e os valores de um a cinco registram o grau de preferência ou concordância com as afirmações: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre.

Os dados foram digitalizados no programa Excel 2003 e verificados possíveis equívocos, como erros na entrada ou omissão de respostas. Após isso, realizou-se a análise descritiva dos dados. Para tanto, inicialmente, foi determinado um escore médio de cada questão, o qual corresponde à somatória das respostas de todos os pacientes entrevistados dividido pelo total de respondentes. Esse escore foi classificado como insatisfatório (valores menores que três), regular (valores maiores que três e menores que quatro) e satisfatório (valores maiores ou iguais a quatro)⁽¹⁵⁾.

Para comparar o vínculo com os profissionais de saúde nos serviços centralizados e

descentralizados, os dados foram submetidos à análise de variância, com o uso do teste *F*. A análise de variância foi aplicada às questões que satisfizeram as pressuposições de independência, homocedasticidade e normalidade. A homocedasticidade foi verificada pelo teste de *Levene*. Para as análises que violaram os critérios para o uso da *Anova*, foi usada a análise de variância não paramétrica, ou seja, o teste de *Kruskall-Wallis*. O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5%. As análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistica 8.0 (Statsoft)*.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vigente, na época, e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (Parecer nº 423/2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos participantes do estudo, 73 (82%) possuíam TB pulmonar, 46 (51,7%) estavam entre o terceiro e sexto mês de tratamento, 45 (50,6%) eram do sexo masculino, 50 (56,2%) casados, 46 (51,7%) possuíam entre 30 a 49 anos, 47 (52,8%) renda familiar entre um e três salários mínimos e 53 (59,6%) ensino fundamental incompleto. No que tange ao número de moradores por domicílio, 52 (58,4%) residiam com uma a duas pessoas. Antes de possuir TB, 70 (78,7%) trabalhavam, com declínio para 37 (41,6%) após o diagnóstico (tabela 2).

Tabela 2 - Forma clínica, perfil socioeconômico dos pacientes acometidos por tuberculose da 15ª Regional de Saúde do Paraná. Paraná, Brasil, 2012.

Variáveis	Pacientes em tratamento nas UBS /USF		Pacientes em tratamento nos ambulatório de referência		Total	
	N	%	N	%	N	%
Forma clínica da tuberculose						
Pulmonar	50	78,1	23	92,0	73	82,0
Extrapulmonar	14	21,9	2	8,0	16	18,0
Tempo de tratamento medicamentoso						
> 1 mês até 3 meses	14	21,9	-	-	14	15,7
> 3 meses até 6 meses	31	48,4	15	60,0	46	51,7
> 6 até 9 meses	4	6,3	3	12,0	7	7,9
Concluído	15	23,4	7	28,0	22	24,7
Sexo						
Masculino	30	46,9	15	60,0	45	50,6
Feminino	34	53,1	10	40,0	44	49,4
Idade						
18-29 anos	8	12,5	4	16,0	12	13,5
30-49 anos	35	54,7	11	44,0	46	51,7
50-59 anos	14	21,9	9	36,0	23	25,8
60 anos ou mais	7	10,9	1	4,0	8	9,0
Estado civil						
Solteiro	18	28,1	6	24,0	24	27,0
Casado	33	51,6	17	68,0	50	56,2

Separado/divorciado	9	14,1	1	4,0	10	11,2
Viúvo	4	6,3	1	4,0	5	5,6
Trabalhava antes da tuberculose						
Sim	48	75,0	22	88,0	70	78,7
Não	16	25,0	3	12,0	19	21,3
Continuou trabalhando depois da tuberculose						
Sim	26	40,6	11	44,0	37	41,6
Não	38	59,4	14	56,0	52	58,4
Renda familiar						
Sem renda	3	4,7	1	4,0	4	4,5
Até 1 salário mínimo	15	23,4	4	16,0	19	21,3
> 1 a até 3 salários mínimos	33	51,6	14	56,0	47	52,8
> 3 e até 5 salários mínimos	5	7,8	4	16,0	9	10,1
> 5 salários mínimos	8	12,5	2	8,0	10	11,2
Escolaridade						
Sem escolaridade	1	1,6	1	4,0	2	2,2
Ensino fundamental incompleto	40	62,5	17	68,0	53	59,6
Ensino fundamental completo	4	6,3	-	-	4	4,5
Ensino médio incompleto	7	10,9	3	12,0	10	11,2
Ensino médio completo	7	10,9	3	12,0	10	11,2
Ensino superior completo	1	1,6	1	4,0	2	2,2
Ensino superior completo	4	6,3	-	-	4	4,5
Número de pessoas que moram na casa						
1 a 3	34	53,1	18	72,0	52	58,4
4 ou mais	30	46,9	7	28,0	37	41,6

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados encontrados demonstram, assim como em outros estudos⁽²⁰⁻²¹⁾, que a TB ainda acomete, na maior parte dos casos, pessoas em vulnerabilidade social, ou seja, aquelas com condições socioeconômicas precárias, com baixa escolaridade e baixa renda⁽²⁰⁻²¹⁾.

Quanto à idade, os adultos jovens são os mais atingidos pela doença, ou seja, aqueles em idade produtiva⁽²²⁾. No entanto, a infecção pela doença faz com que muitos não tenham condições de trabalhar e o baixo nível de renda, tanto individual quanto domiciliar, *per capita*, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença⁽²¹⁾.

A vulnerabilidade social dos pacientes com TB também favorece o abandono do tratamento⁽²⁰⁾. O estabelecimento de vínculo pelos profissionais de saúde com o indivíduo em tratamento pode fazer com que a adesão à terapêutica aumente. Portanto, essa dimensão é fundamental no processo de tratamento da TB.

Dentre os profissionais que prestaram atendimento nos serviços de saúde, os usuários mencionaram médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Tabela 3). Estes foram mencionados apenas pelos pacientes que realizaram o tratamento nas UBS/ USF, já que aqueles pacientes que realizaram o tratamento nos ambulatórios de referência não tiveram contato com este profissional.

Tabela 3 - Percepção dos usuários sobre o atendimento durante o tratamento de TB e sobre profissionais que procuravam quando estavam com diferentes problemas ou necessidades de saúde. 15ª Regional de Saúde do Paraná. Paraná, Brasil, 2012.

Indicadores		Usuário é bem atendido pelo profissional de saúde			Procura pelo profissional de saúde devido a diferentes problemas ou necessidades de saúde			
		Sempre/quase sempre	Às vezes	Quase nunca/nunca	Sempre/quase sempre	Às vezes	Quase nunca/nunca	
Unidade Básica de Saúde/ Unidade Saúde da Família								
	Médico (n=62)	N (%)*	55 (88,7)	6 (9,7)	1 (1,6)	19 (30,6)	4 (6,5)	39 (62,9)
	Enfermeiro (n=63)	N (%)*	54 (85,7)	3 (4,7)	6 (9,5)	37 (58,7)	4 (6,4)	22 (34,9)
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem (n=57)	N (%)*	50 (87,7)	3 (5,3)	4 (7,0)	8 (14,0)	-	49 (86,0)

Agente Comunitário de Saúde (n=36)	N (%)*	33 (91,7)	2 (5,5)	1 (2,8)	6 (16,7)	2 (5,5)	28 (77,8)
Ambulatório de Referência							
Médico (n=25)	N (%)*	19 (76,0)	3 (12,0)	3 (12,0)	5 (20,0)	5 (20,0)	15 (60,0)
Enfermeiro (N=23)	N (%)*	21 (91,3)	-	2 (8,7)	8 (34,8)	4 (17,4)	11 (47,8)
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem (N=22)	N (%)*	22 (100,0)	-	-	11 (50,0)	4 (18,2)	7 (31,8)
Total							
Médico (N=87)	N (%)*	74 (85,0)	9 (10,3)	4 (5,6)	23 (26,4)	10 (11,5)	54 (62,1)
Enfermeiro (N= 86)	N (%)*	75 (87,2)	3 (3,5)	8 (9,3)	46 (53,5)	8 (9,3)	32 (37,2)
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem (N=79)	N (%)*	72 (91,1)	3 (3,8)	4 (5,1)	19 (24,0)	4 (5,1)	56 (70,9)
Agente Comunitário de Saúde (N=36)	N (%)*	33 (91,7)	2 (5,5)	1(2,8)	6 (16,7)	2 (5,5)	28 (77,8)

Fonte: Dados da pesquisa.

*Frequência absoluta e relativa, excluindo-se os dados “não sabe” ou “não respondeu por não ter tido acesso a esse tipo de profissional”.

Os pacientes assistidos nos dois tipos de serviços demonstraram ter maior vínculo com o profissional enfermeiro, pois cerca de metade (53,5%) (tabela 3) deles referiram que procuraram os enfermeiros, sempre ou quase sempre, nos dois tipos de serviços, quando tinham diferentes problemas ou necessidades.

Estudo realizado em São Paulo-SP sobre o vínculo profissional-paciente também demonstrou que o enfermeiro é o profissional de referência para os pacientes em tratamento de TB nos casos de dificuldades⁽²³⁾. Por outro lado, esse fato diverge do evidenciado em estudo realizado em Ribeirão Preto - SP, em que a grande maioria dos pacientes em tratamento de TB preferiu ter procurado o médico, quando tinham algum problema⁽¹⁴⁾.

O fato de enfermeiros serem mais procurados pode estar relacionado à implantação do acolhimento nas unidades de saúde, ocasião em que os profissionais não médicos utilizam todo o seu potencial para a assistência e a solução de problemas trazidos pela população usuária dos serviços de saúde⁽²³⁾.

Além disso, faz-se necessário considerar que o enfermeiro orienta e organiza a demanda da população e que a equipe de enfermagem está, muitas vezes, mais acessível e próxima do paciente, pois em grande parte dos casos é ela

quem realiza o primeiro atendimento, além de ter uma carga de trabalho maior na mesma unidade de saúde.

Porém, ainda há necessidade de maior preparo, por parte dos profissionais de enfermagem, para lidar com a subjetividade do outro e para estabelecer uma interação satisfatória com o usuário do sistema de saúde. Acredita-se que, um dos fatores condicionantes para esta situação é a existência de um ensino, ainda fragmentado e pontual, na formação do enfermeiro⁽²⁴⁾. Outro fator dificultador é a falta de investimentos, por parte das unidades de saúde, na qualificação profissional de seus funcionários⁽⁶⁾.

A Tabela 4 mostra que, nos dois tipos de serviços, os indicadores avaliados apresentaram desempenhos semelhantes, com exceção à atenção recebida pela equipe de saúde, que foi considerada satisfatória nas UBS/USF e regular nos ambulatórios de referência, com diferença estatística significativa.

Os indicadores “tempo para o usuário tirar dúvidas e preocupações” e “explicação sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da tuberculose” tiveram índices regulares e a “investigação sobre outros problemas de saúde” foi insatisfatória. Os demais indicadores foram satisfatórios.

Tabela 4 - Valor médio, desvio padrão e análise de variância dos indicadores relacionados ao vínculo profissional-paciente de tuberculose segundo o tipo de serviço na 15ª Regional de Saúde do Paraná. Paraná, Brasil, 2012.

Indicadores	Indivíduos que realizaram o tratamento em UBS/USF (N=64)		Indivíduos que realizaram o tratamento em ambulatório de referência (N=25)		Valor de p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Atendimento pelos mesmos profissionais quando o usuário procura o serviço de saúde	4,33	1,37	4,58	1,01	0,4323
Esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento pelos mesmos profissionais que realizam o atendimento	4,28	1,41	4,44	0,91	0,6060
Compreensão das dúvidas dos usuários pelos profissionais de saúde	4,37	1,09	4,66	0,65	0,1522
Respostas às dúvidas de maneira clara	4,43	1,14	4,50	1,04	0,8098
Tempo para o usuário tirar dúvidas ou preocupações	3,84	1,61	3,80	1,73	0,9705
Investigação sobre outros problemas de saúde	2,71	1,86	2,52	1,75	0,6403
Explicação sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da tuberculose	3,80	1,66	3,44	1,75	0,3577
Investigação sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário	4,22	1,31	3,84	1,49	0,2394
Nota atribuída à atenção recebida pela equipe de saúde	4,28	0,96	3,60	1,55	0,0485*

*Estatisticamente significativo.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados mostraram, ainda, que tanto nas UBS/USF quanto nos ambulatórios de referência, os usuários são atendidos, na maior parte dos casos, pelos mesmos profissionais, os quais, em suas concepções, compreendem e respondem com clareza suas dúvidas, o que corrobora para os resultados encontrados em outros estudos^(7,23). O fato de os pacientes serem atendidos pelos mesmos profissionais pressupõe existência de uma maior aproximação entre eles, permitindo que os pacientes reconheçam estes profissionais como referência na atenção à sua saúde⁽⁶⁾.

Ainda, o fato de o paciente ter uma referência quando procura atendimento favorece a longitudinalidade do cuidado, resultando num cuidado ampliado, pois o profissional tem melhores condições de avaliar o contexto social, psicológico e familiar do paciente e, por conseguinte, minimizar o risco de abandono, realizando intervenções necessárias precocemente, seja para prevenir ou reverter os casos de abandono⁽¹⁴⁾.

Vale destacar que o caráter estigmatizante da tuberculose e as condições sociais desfavoráveis da maioria dos pacientes exigem envolvimento e compromisso dos profissionais com esse usuário durante o tratamento, pois o impacto causado pela doença na vida das pessoas ainda é muito forte e pode interferir em várias dimensões do ser humano: física, social, psicológica, econômica e espiritual⁽²⁵⁾.

Na perspectiva do cuidado integral ao

indivíduo, é indispensável que o profissional de saúde tenha mais sensibilidade, escute o outro, saiba o que ele pensa, com uma postura que não seja distante e impessoal. O conhecimento da realidade e do contexto de vida do usuário é fundamental, considerando que o conceito de saúde envolve qualidade de vida e que esta é determinada, entre outros aspectos, pelo bem-estar biológico, psicológico e social. Assim, o fortalecimento de vínculos entre usuários, família e comunidade com a equipe pode ser considerado como um recurso terapêutico e como um dos meios mais adequados para a prática de uma clínica com qualidade⁽²⁵⁾.

Contudo, neste estudo, indicadores como “dar tempo para o usuário tirar dúvidas ou preocupações” e “fornecer explicações sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da tuberculose” foram avaliados apenas como regulares, o que indica a necessidade de melhorias. Do mesmo modo, também aponta como fragilidades, a avaliação sobre a existência de outros problemas de saúde, considerada insatisfatória em ambos os serviços de saúde; e a investigação sobre o uso de outros medicamentos, que foi considerada satisfatória nas UBS/USF, mas regular nos ambulatórios de referência. Esses achados diferem dos encontrados em estudos realizados no estado de São Paulo, em que esses indicadores sempre foram avaliados como satisfatórios^(14,23). Isto reafirma a necessidade dos profissionais atuantes no âmbito da 15ª RS

valorizarem o vínculo no atendimento a pacientes com TB.

Nesta direção, estudo demonstra que o TDO constitui uma ferramenta que favorece o vínculo profissional-paciente, resultando numa abordagem menos fragmentada e reducionista dos indivíduos. Ressalta-se que o TDO não é apenas a garantia da ingestão efetiva dos medicamentos; essa estratégia permite aproximação entre o profissional de saúde e a pessoa com TB, dada a convivência diária que possibilita ao paciente compartilhar suas dificuldades, ter suas dúvidas atentamente escutadas e respondidas⁽¹³⁾. Ainda, pressupõe sensibilização do profissional ante o sofrimento do outro, reconhecimento das necessidades dos usuários e ampliação de intervenções menos burocráticas no espaço de vida do indivíduo/família, facilitando a partilha de compromissos, a construção da emancipação dos sujeitos, fazendo com que se sintam corresponsáveis pelo tratamento^(13,26).

Além disso, quando há uma relação próxima da vida e do contexto do paciente, o profissional de saúde consegue ter um olhar além da doença e atender a outras necessidades do paciente. Isso faz com que, na premência de um novo problema, o usuário procure esse mesmo profissional para atendê-lo e que este tenha melhores condições de implementar ações de saúde no serviço⁽⁶⁾.

Enfatiza-se que, no caso específico da tuberculose, esta aproximação, além de outros aspectos, tem importância clínica, tendo em vista que os fármacos utilizados no esquema terapêutico podem interagir com diversos outros medicamentos como anticoncepcionais, medicamentos para HIV e cardiopatias, asma, insuficiências renal e hepática, diabetes⁽²⁷⁾.

Diante disso, e da premissa de que aspectos sociais como estar em situação de rua e fazer uso de drogas ilícitas injetáveis dificultam o tratamento da TB, é fundamental a implementação de um plano de cuidados individual que considere a complexidade e o longo tempo do tratamento. Neste contexto, a utilização do TDO possibilita à equipe de saúde dar atenção especial aos aspectos subjetivos que integram o contexto do território onde as pessoas vivem, trabalham e desenvolvem seu processo saúde-doença, e o contexto clínico, diante da possibilidade de os pacientes possuírem comorbidades⁽⁴⁾.

Quanto à satisfação dos usuários com o cuidado prestado pelas equipes de saúde, apesar de serem apontados elementos que interferem

substancialmente na relação de vínculo, verificou-se que a maior parte dos pacientes que realizavam o tratamento nos ambulatórios de referência avaliaram como satisfatória a atenção dispensada pelas equipes nas UBS/USF. Por outro lado, esse conceito foi regular para os usuários que realizavam o tratamento nos ambulatórios de referência. Este fato pode estar refletindo a menor média neste serviço, embora a diferença seja pequena, de alguns aspectos fundamentais da dimensão vínculo, como por exemplo, a investigação sobre outros problemas de saúde e uso de outros medicamentos, ou ainda a deficiência na explicação sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da tuberculose.

A abordagem destes aspectos reflete a humanização, respeito e compromisso do profissional para com o usuário, o que faz com que ele se perceba mais bem cuidado. Além disso, a satisfação do usuário com o serviço de saúde favorece o vínculo com a equipe. No entanto, a sobrecarga de trabalho dos profissionais desta área, associada ao modelo hegemônico e fragmentado de saúde, acaba por priorizar a dimensão clínica do cuidado. Estudo realizado em Bayeux-PB, destacou que a responsabilidade em desenvolver diferentes programas na UBS e o acúmulo de funções gerenciais e assistenciais acarreta um excesso de trabalho, com consequente falta de tempo para planejar e executar o DOTS que, aliado à falta de recursos humanos e materiais, pode comprometer o envolvimento da equipe de saúde com as ações de controle da TB⁽²⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstraram que, referindo-se à assistência às pessoas com TB, o atendimento pelos profissionais de saúde foi percebido pelos usuários como bom, sendo que, nos momentos de necessidade, os profissionais que os usuários mais procuraram foram os da enfermagem. Neste quesito, diante do perfil que esta população possui, é fundamental que estes profissionais estejam preparados para resolver os problemas e/ou fazer os encaminhamentos necessários, tendo em vista suas particularidades sociais e clínicas.

Para isto, faz-se necessária a articulação com outras instituições, já que as necessidades que chegam para os profissionais da enfermagem podem estar relacionadas tanto à saúde, quanto aos aspectos sociais, o que necessitará atendimento de forma integral e humanizada.

Os indicadores, relacionados ao fato de os mesmos profissionais atenderem e prestarem esclarecimentos aos usuários foram mais bem avaliados; no entanto, há necessidade de melhorar a

comunicação entre profissional-usuário, visto que esses não oferecem tempo suficiente, não esclarecem dúvidas e nem investigam sobre outros problemas de saúde de maneira satisfatória.

Neste contexto, é necessário ampliar o vínculo entre profissionais de saúde e usuários, principalmente nas unidades de saúde, como estratégia para potencializar a adesão ao tratamento, proporcionar bem-estar ao paciente e contribuir para o aprimoramento da organização e do desempenho dos serviços de saúde. Isto, certamente, beneficiará o processo terapêutico, constituindo-se em elemento de proteção contra os mecanismos determinantes da enfermidade.

Os limitadores do estudo dizem respeito a avaliar os serviços de controle da TB de várias cidades, em que cada uma está inserida num contexto e possuem suas singularidades. Contudo, o agrupamento dos municípios em UBS/USF e ambulatórios de referência consiste numa característica importante destes serviços, tendo em vista a recomendação do Ministério da Saúde para a descentralização deste tipo de assistência e a necessidade de avaliação dos serviços após esta medida.

No período de coleta dos dados, ainda não havia sido implantado o TDO no âmbito da 15ª RS do Paraná; porém, houve o treinamento das equipes de saúde para sua implantação em julho de 2012. A reorganização do serviço de atenção à TB, por meio do TDO, é necessária para que haja um acompanhamento mais próximo ao paciente e, ao longo do tempo, que permita que o processo de trabalho da Enfermagem e equipe multidisciplinar seja mais sensível às necessidades de saúde e sociais do paciente e ao possível abandono do tratamento. Estudos sobre o vínculo nos serviços, nos quais há utilização desta estratégia no tratamento de TB, devem ser realizados, pois é possível que os encontros diários dos profissionais com usuários favoreçam o fortalecimento de conexão entre eles.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da. Saúde (BR). Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. Boletim Epidemiológico. 2016 [Acesso em 26 out 2017];(47). n. 47/2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/boletim-epidemiologico#numerosrecentes>
2. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; 2014. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf
3. Ministério da. Saúde (BR). Taxa de mortalidade por tuberculose cai 20,7% em 10 anos. Portal da Saúde. 2015 [Acesso em 26 out 2017]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17137-taxa-de-mortalidade-por-tuberculose-cai-20-7-em-10-anos>
4. Souza K, Sá L, Silva L, Palha P. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(5):874-82. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000014>
5. Santos TNG, Nogueira LT, Arcêncio RA. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. Acta Paul Enferm. 2012;25(6):954-61. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600020>
6. Sá LD, Oliveira AAV, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Collet N. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. Rev Esc. Enferm USP. 2012;46(2):356-63. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200013>
7. Viegas SMF, Penna CMM. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. Rev Rene. 2012;13(2):375-85. <https://doi.org/10.15253/rev%20reene.v13i2.3930>
8. Rueda, MJM, Jiménez AMV, Rueda FM. Tratamiento de la tuberculosis: ¿qué pacientes y por qué lo abandonan? Aten Prim. 2012 Nov;44(11):25-6. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.04.006>
9. Chimbindi N, Bärnighausen T, Newell ML. Patient satisfaction with HIV and TB treatment in a public programme in rural KwaZulu-Natal: evidence from patient-exit interviews. BMC Health Serv Res. 2014 Jan;14:32. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-32>
10. Daftary A, Padayatchi N. Integrating patients' perspectives into integrated tuberculosis-human immunodeficiency virus health care. Int J Tuberc Lung Dis. 2013 Apr;17(4):546-51. <https://doi.org/10.5588/ijtld.12.0714>
11. Figueiredo TMRM, Pinto ML, Cardoso MAA, Silva VA. Desempenho no estabelecimento do

- vínculo nos serviços de atenção à tuberculose. Rev RENE. 2011 [Acesso em 26 out 2017];12(n esp.):1028-35. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a19v12esp_n4.pdf
12. Sá L, Gomes A, Nogueira J, Villa T, Souza K, Palha P. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011 Mar-Apr;19(2):387-95. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200022>
13. Nogueira JA, Oliveira LCS, Sá LD, Silva CA, Silva DM, Villa TCS. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. Rev RENE. 2012 [Acesso em 26 out 2017];13(4):784-93. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1073/pdf>
14. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcênio RA, Gonzales RIC, Villa TCS et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. Acta Paul Enferm. 2009;22(2):176-82. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000200010>
15. Ponce MAZ, Silvia HFV, Santos MR, Santos MLG, Scatena LM, Villa TCS. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. Rev Latino-Am Enferm. 2011;19(5):1222-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500021>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua 2016: Estados 2016. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016 [Acesso em 26 out 2017]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>
17. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
18. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003;38(4):831-65. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
19. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. J Bras Pneumol. 2009;35(6):610-2. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000600014>
20. Furlan MCR, Oliveira SP, Marcon SS. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. Acta Paul Enferm. 2012;25(spe1): 108-14. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000800017>
21. Pereira JC, Silva MR, Costa RR, Guimarães MDC, Leite ICG. Perfil e acompanhamento de pacientes com tuberculose em uma cidade prioritária no Brasil. Rev Saúde Pública. 2015;49:6. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005304>
22. Raimundo AG, Guimarães AMDN, Silva SCPS. Tuberculose: o perfil no novo milênio. Rev Enferm UFPE On Line. 2016;10(Supl. 3):1387-96. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i3a11079p1387-1396-2016>
23. Bataiero MO. Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: Dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11012010-143100/pt-br.php>
24. Cursino EG, Fujimori E, Gaíva MAM. Integralidade no ensino da saúde da criança na Graduação em Enfermagem: perspectiva de docentes. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(1):110-7. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100014>
25. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2009 June;43(2):365-72. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200016>
26. Lopes LMG, Vieira NF, Lana FCF. Análise dos atributos da atenção primária à saúde na atenção à tuberculose no Brasil: uma revisão integrativa. R Enferm Cent O Min. 2015 Mai/Ago;5(2):1684-703. <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.678>
27. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Farmanguinhos rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol: bula do profissional da saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2016 [Acesso em 26 out 2017]. Disponível em: <http://www.far.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/06/Farmanguinhos-rifampicina-isoniazida-pirazinamida-etambutol-Bula-Profissional.pdf>

28. Ferreira RC, Caliari JS, Figueiredo RM. Concepts of nurses on supervised treatment of tuberculosis in Brazil. RIASE. 2015 [Acesso em 26 out 2017];1(2):204-16. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/63/106

Nota: Este estudo teve apoio financeiro da Fundação Araucária de Apoio e Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná (Processo 21320). Essa pesquisa faz parte da dissertação intitulada “Avaliação das ações dos serviços de atenção primária à saúde no controle da tuberculose em adultos no âmbito da 15ªRS do Paraná” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, PR.

Recebido em: 26/04/2017

Aprovado em: 10/11/2017

Endereço de correspondência:

Mara Cristina Ribeiro Furlan

Av. Cap. Olinto Mancini, nº 1662 - Colinos

CEP: 79600-080 Três Lagoas/ MS - Brasil

E-mail: maracristina.mga@gmail.com