

Vínculo entre profesional y enfermo en el tratamiento de la tuberculosis: desempeño de la atención básica en un municipio del estado de Sao Paulo¹

Maria Amélia Zanon Ponce²

Silvia Helena Figueiredo Vendramini³

Marilene Rocha dos Santos³

Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos³

Lúcia Marina Scatena⁴

Tereza Cristina Scatena Villa⁵

El objetivo del estudio fue evaluar el desempeño de los servicios de salud que realizan acciones de control de la TB relacionado al vínculo entre el profesional y el enfermo, en el municipio de Sao José del Rio Preto, en Sao Paulo, en la percepción de enfermos, profesionales de la salud y gestores. Fueron entrevistados 108 enfermos, 37 profesionales y 15 gestores utilizando un cuestionario elaborado con 10 indicadores para la dimensión vínculo construidos con base en el Primary Care Assessment Tool, adaptado para evaluar de la atención a la tuberculosis en Brasil. El vínculo fue evaluado como satisfactorio por los tres actores, entre tanto hubo variabilidad entre las opiniones de los enfermos y los gestores en casi todos los indicadores, lo que permite inferir que la visión de los gestores todavía está orientada predominantemente por los aspectos burocrático/administrativos, necesitando que estos integren más las acciones gerenciales y asistenciales.

Descriptores: Tuberculosis; Relaciones Profesional-Paciente; Acogimiento; Evaluación de Servicios de Salud.

¹ Apoyo financiero del Proyecto Temático "Evaluación de las dimensiones de la organización y el funcionamiento de los servicios de atención primaria en el control de la tuberculosis en los centros urbanos en diferentes regiones de Brasil", FAPESP - proceso nº 2006/61489-3 y de la FAPESP a través de la beca de maestría, proceso nº 2008/52386-1.

² Enfermera, Estudiante de Doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: amelinha_famerp@yahoo.com.br.

³ Enfermera, Doctora en Enfermería, Profesor, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: Silvia - silviahve@gmail.com, Marilene - marilene@famerp.br, Maria de Lourdes - mlsperli@gmail.com.

⁴ Ingeniero, Doctor en Ingeniería, Profesor Doctor, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. E-mail: lmscatena@uol.com.br.

⁵ Enfermera, Doctora en Enfermería, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br.

Correspondencia:

Tereza Cristina Scatena Villa
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública
Av. dos Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: tite@eerp.usp.br

Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista

O objetivo do estudo foi avaliar o desempenho dos serviços de saúde que realizam ações de controle da tuberculose (TB), relacionado ao vínculo entre o profissional e o doente, no município de São José do Rio Preto, SP, na percepção de doentes, profissionais de saúde e gestores. Foram entrevistados 108 doentes, 37 profissionais e 15 gestores, utilizando questionário elaborado com 10 indicadores para a dimensão vínculo, construídos com base no Primary Care Assessment Tool, adaptado para avaliar a atenção à tuberculose no Brasil. O vínculo foi avaliado como satisfatório pelos três atores, entretanto, houve variabilidade entre as opiniões dos doentes e os gestores em quase todos os indicadores, o que permite inferir que a visão dos gestores ainda é voltada predominantemente aos aspectos burocráticos e administrativos, necessitando que esses integrem mais as ações gerenciais e assistenciais.

Descritores: Tuberculose; Relações Profissional-Paciente; Acolhimento; Avaliação de Serviços de Saúde.

The establishment of bonds between professional and patient in TB treatment: the performance of primary health care services in a city in the interior of São Paulo

This study evaluated the performance of health care services implementing TB control actions in relation to the establishment of bonds between health professionals and patients in São José do Rio Preto, SP, Brazil from the perspective of patients, health professionals, and managers. A total of 108 patients, 37 health professionals and 15 managers were interviewed through a questionnaire containing 10 indicators of bond-establishment based on the instruments of the Primary Care Assessment Tool, adapted to evaluate tuberculosis control in Brazil. The three groups of actors considered the establishment of bonds satisfactory, though opinions of patients and managers differed in almost all indicators. This fact indicates that the view of managers is still predominantly focused on bureaucratic and administrative aspects, which shows the need for managers to integrate more management and care actions.

Descriptors: Tuberculosis; Professional-Patient Relations; User Embrace; Health Services Evaluation.

Introducción

El poder de resolutivez de las acciones de control de la Tuberculosis (TB) sufre la influencia de factores asociados al comportamiento del enfermo, a la modalidad del tratamiento empleado y a la operacionalización de los servicios, con destaque para la actuación de los profesionales de la salud⁽¹⁾.

La organización del trabajo del equipo de salud es determinante para el éxito del control de la TB, principalmente en relación a la adhesión al tratamiento⁽¹⁾. En ese sentido, en los últimos años se viene discutiendo estrategias para el control de la enfermedad guiadas no solamente en nuevos métodos diagnósticos o terapéuticos, pero también por la incorporación de las tecnologías de

relaciones, las que destacan los procesos de acogimiento, vínculo y atención integral como administradores de las acciones de salud⁽²⁾.

El acogimiento y vínculo representan directrices operacionales para el alcance de la integralidad en la salud, considerando que el vínculo establece fuertes lazos interpersonales entre los profesionales de la salud y los enfermos, por medio de relaciones de escucha, diálogo, respeto y humanización de la asistencia, promoviendo la corresponsabilidad de la salud^(1,3).

El interés y responsabilidad del profesional con la salud y las necesidades del enfermo despiertan sentimientos de seguridad y confianza en el usuario y hace con que este

procure con más frecuencia el servicio en el cual se siente acogido y vinculado, facilitando el acceso⁽⁴⁾.

El vínculo entre los sujetos busca estimular el autocuidado, confiriendo autonomía al enfermo y posibilita la actuación de individuos participantes en la decisión sobre la salud que se desea obtener⁽⁵⁾. De esta forma, el tratamiento pasa a ser compartido, lo que fortalece las relaciones de confianza entre el enfermo y el profesional, favoreciendo la adhesión al tratamiento y la obtención de la cura⁽⁶⁾.

Este artículo resulta del proyecto multicéntrico "Evaluación de las dimensiones organizacionales y de desempeño de los servicios de Atención básica en el control de la TB en centros urbanos de diferentes regiones de Brasil" y tuvo como objetivo evaluar el desempeño de los servicios de salud que realizan acciones de control de la TB relacionado al vínculo entre el profesional y el enfermo, en el municipio de Sao José del Rio Preto, en el estado de Sao Paulo, en la percepción de enfermos, profesionales de la salud y gestores.

Métodos

Se trata de una investigación evaluativa de recorte cuantitativo realizada en Sao José del Rio Preto, uno de los municipios prioritarios del estado de Sao Paulo para el control de la TB.

En el año de 2.007, período del estudio, la atención a la TB en ese municipio tenía como característica principal el modelo de programa y gestión centralizada con acciones programáticas, de diagnóstico y tratamiento, realizadas por el equipo especializado del Programa de Control de la Tuberculosis (PCT). Sin embargo, algunas acciones como la supervisión de la dosis medicamentosa estaban en proceso gradual de descentralización para las unidades de atención básica (Unidades Básicas de Salud y Unidades de Salud de la Familia). En consecuencia de ese proceso, era posible encontrar en el municipio, enfermos acompañados en los dos tipos de servicios recibiendo la consulta médica de control con el equipo del PCT y el tratamiento supervisado (TS) con los equipos de las unidades de atención básica de sus áreas de influencia.

Población de estudio

Participaron del estudio tres actores: enfermos de TB, profesionales de la salud y gestores.

De 156 enfermos de TB diagnosticados en el año de 2.007, fueron entrevistados 108 (69,2%), considerando los criterios de inclusión: ser mayor de dieciocho años, residente en Sao José del Rio Preto y estar en tratamiento hace, por lo menos, un mes en el período de recolección de datos.

Fueron entrevistados 37 profesionales de la salud (médicos, enfermeros, auxiliares y técnicos de enfermería) que actuaban en el PCT (100%) y en unidades de salud de atención básica (27%) que realizaban el TS en el período de la recolección de datos. También participaron 15 gestores (100%) que actuaban como coordinadores de áreas del nivel central y los gerentes del PCT y de las unidades de atención básica que realizaban el TS en el período de la recolección de datos.

Recolección de datos

El período de recolección de datos fue de junio a julio de 2.007, por medio de entrevistas. Se aplicó, para cada actor, un cuestionario estructurado basado en los instrumentos componentes del *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) y adaptado para las acciones de control de la tuberculosis en el país⁽⁷⁾.

Los instrumentos para los tres actores contenían preguntas sobre las dimensiones de la Atención Primaria a la Salud, siendo que, en este estudio se utilizaron aquellas referentes a la dimensión vínculo. Considerando las especificidades de los actores, fue considerado en el cuestionario de los enfermos, informaciones sobre sexo, escolaridad, local de la consulta médica de control y local del TS. Para los profesionales y gestores, fueron también contempladas las preguntas sobre local de trabajo (tipo de servicio), categoría profesional y cargo.

Fueron considerados diez indicadores para la evaluación de la dimensión vínculo, presentados en las Tablas 1 y 2.

El entrevistado respondió cada pregunta según varias escalas de clasificación dicotómicas, de múltiple elección con respuesta única y de sumatoria (escala de tipo *Likert*) que presenta posibilidades de respuestas preestablecidas. Fue atribuido un valor de cero a cinco para cada respuesta, siendo que el valor cero fue destinado para respuestas *no sé* o *no se aplica* y los valores de 1 a 5 para el grado de concordancia de las afirmaciones.

Cada indicador correspondió a la sumatoria de las respuestas de todos los entrevistados dividida por el número total de entrevistas para obtención de un valor promedio.

Un índice compuesto fue determinado para cada grupo de entrevistado. Este índice corresponde al valor promedio de las respuestas obtenido en cada grupo y representa el desempeño de la dimensión *vínculo* en la percepción de los enfermos, profesionales y gestores.

Los indicadores fueron analizados individualmente y comparados entre los tres actores. Los datos fueron sometidos al análisis de varianza (ANOVA), con el uso de

la prueba F, y la comparación múltiple entre promedios fue realizada por medio de la aplicación de la prueba de *Tukey*. Para los análisis que indicaron violación de los criterios para el uso de la ANOVA fue utilizada la prueba ANOVA no paramétrica de *Kruskall-Wallis* (prueba H) y la prueba de comparación múltiple entre promedios de *Dunn*. El nivel de significancia estadística adoptado en todas las pruebas fue de 5% de probabilidad.

El desempeño de cada indicador y del índice compuesto de vínculo fue clasificado como *desfavorable* para los valores promedios próximos de 1 y 2, *regular* para valores próximos de 3 y desempeño *favorable* para valores próximos de 4 y 5.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de Sao Paulo en 2.007 (Protocolo nº 0762/2.007); el anonimato de todas las informaciones fue garantizado a los sujetos del estudio, siendo el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido firmado por los entrevistados.

Resultados

La mayoría de los enfermos entrevistados era del sexo masculino (65,7%), 39,8% poseían la enseñanza fundamental incompleta y apenas 12% habían concluido la enseñanza media.

En relación a los profesionales de la salud, 27,1% eran médicos, 32,4% enfermeros, 10,8% técnicos de enfermería y 29,7% auxiliares de enfermería. La mayoría de los profesionales entrevistados (62,1%) actuaba en las

unidades de salud de atención básica que tenían enfermos en tratamiento durante el período de recolección de datos y 37,9% trabajaban en el PCT.

Del total de 15 gestores entrevistados, 53,3% (n=8) eran gerentes técnicos que ocupaban el cargo de: coordinadores de programas (PCT y SIDA) (n=2), coordinadores del área técnica de la Atención básica y Estrategia de la Salud de la Familia (n=4), coordinador de división de los polos de salud (n=1) y coordinador de la Vigilancia Epidemiológica (n=1). Eran gerentes asistenciales del PCT y de las unidades de atención básica, 46,7 % (n=7).

La mayoría de las consultas médicas de rutina para el acompañamiento de los pacientes de TB (82,4%) era realizada en el ambulatorio de referencia, con el equipo especializado del PCT. El TS era administrado en 83,3% (n=90) de los enfermos, siendo que de esos, 42,6% (n=46) recibían la dosis supervisada por los equipos de las unidades de atención básica, 14,8% (n=16) en el PCT y 25,9% (n=28) en el domicilio, acompañados principalmente por los profesionales del PCT.

En la Tabla1 se presentan los resultados de promedio, desviación estándar y el valor de la prueba F y prueba no paramétrica de *Kruskall-Wallis* (Prueba H) para los 10 indicadores de vínculo y el índice compuesto analizados de acuerdo con las tres categorías de actores entrevistados. Se verificó, a partir del índice compuesto, que los enfermos de TB (4,79), profesionales de la salud (4,70) y gestores (4,16) evaluaron esta dimensión con desempeño satisfactorio.

Tabla1 - Indicadores de vínculo en la percepción del enfermo, profesional de la salud y gestor, Sao José del Rio Preto, SP, Brasil, 2007

Indicadores	Enfermos (n=108)		Profesionales (n=37)		Gestores (n=15)		Prueba F o H
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s	
Consultas con el mismo profesional de la salud*	4,83	0,48	4,78	0,47	4,33	1,04	0,0058 [†]
Esclarecimiento de dudas sobre el tratamiento [‡]	4,92	0,35	4,78	0,46	4,50	0,65	<0,0001 [†]
Comprensión de las dudas presentadas por el enfermo de TB [‡]	4,87	0,52	4,75	0,49	4,13	0,74	<0,0001 [†]
Preocupación de los profesionales con otros problemas de salud del enfermo [‡]	4,42	1,27	4,62	0,68	3,86	1,06	0,0008 [†]
Tiempo destinado para que el enfermo exponga sus dudas o preocupaciones [‡]	4,92	0,35	4,81	0,46	4,46	0,63	<0,0001 [†]
Claridad en responder las dudas presentadas por el enfermo de TB [‡]	4,86	0,58	4,78	0,41	4,06	1,03	<0,0001 [†]
Registro de las quejas de los enfermos en fichas [‡]	4,96	0,38	4,78	0,71	4,13	0,83	<0,0001 [†]
Explicación sobre los medicamentos utilizados para el tratamiento de TB [‡]	4,89	0,51	4,97	0,16	4,60	1,05	0,0387 [†]
Solicitud de informaciones sobre los medicamentos utilizados por el enfermo de TB*	4,68	0,94	4,45	0,98	4,20	1,01	0,1497
Evaluación de la atención del equipo de la salud por el enfermo*	4,61	0,59	4,40	0,59	3,86	0,99	0,0001 [†]
Índice compuesto de la dimensión vínculo	4,79	0,70	4,70	0,61	4,16	0,96	<0,0001 [†]

\bar{X} = promedio

s = desviación estándar

*prueba F (ANOVA paramétrica)

[†]p<0,05

[‡]ANOVA no paramétrica de *Kruskall-Wallis* (Prueba H)

La Figura 1 presenta el resultado de las pruebas de comparación múltiple (prueba de Tukey y prueba de Dunn) entre los indicadores en los tres grupos.

Indicadores	Resultado de la prueba de comparación múltiple
Consultas con el mismo profesional de la salud	D=P
	D≠G*
	P=G
Esclarecimiento de dudas sobre el tratamiento con el profesional de la salud	D=P
	D≠G†
	P=G
Comprensión de las dudas presentadas por el enfermo de TB al profesional de la salud	D=P
	D≠G†
	P≠G
Preocupación de los profesionales con otros problemas de salud del enfermo	D=P
	D≠G†
	P=G
Tiempo destinado para que el enfermo exponga sus dudas o preocupaciones	D=P
	D≠G†
	P=G
Claridad en responder las dudas presentadas por el enfermo de TB	D=P
	D≠G†
	P≠G
Registro de las quejas de los enfermos por los profesionales de la salud en fichas	D=P
	D≠G†
	P≠G
Explicación sobre los medicamentos utilizados para el tratamiento de TB	D=P
	D=G†
	P=G
Solicitud de informaciones sobre los medicamentos utilizados por el enfermo de TB	D=P
	D=G*
	P=G
Evaluación de la atención del equipo de la salud por el enfermo	D=P
	D≠G*
	P=G

Letrero: D=Enfermos; P=Profesionales; G=Gestores ; *Tukey; †Dunn

Figura 1 - Comparación entre los indicadores de vínculo en la percepción de los enfermos, profesionales de la salud y gestores, Sao José del Rio Preto, SP, Brasil, 2007

Los indicadores: *Explicación sobre los medicamentos utilizados para el tratamiento de TB y Solicitud de informaciones sobre los medicamentos utilizados por el enfermo de TB* fueron semejantes entre los tres grupos de actores.

Los enfermos y gestores se diferenciaron en los indicadores: *Consultas con el mismo profesional de la salud, Esclarecimiento de dudas sobre el tratamiento con el profesional de la salud, Preocupación de los profesionales con otros problemas de la salud del enfermo, Tiempo destinado para que el enfermo exponga sus dudas o preocupaciones* y en el indicador *Evaluación de la atención del equipo de la salud por el enfermo*.

En relación a los indicadores: *Comprensión de las dudas presentadas por el enfermo de TB al profesional de la salud, Claridad en responder a las dudas presentadas por el enfermo de TB y Registro de quejas de los enfermos por los profesionales de la salud en fichas*, enfermos y

profesionales presentaron promedios estadísticamente semejantes, en cuanto que los gestores se diferenciaron de ambos.

Discusión

Los resultados acerca de las características de los enfermos entrevistados, siendo ellos la mayoría del sexo masculino y con bajo nivel de escolaridad, están de acuerdo con el perfil de los enfermos de TB encontrados en el municipio en una serie histórica de 10 años⁽⁸⁾, así como en otros locales de Brasil⁽⁹⁻¹⁰⁾, pudiendo ser este un importante factor de vulnerabilidad a la TB y determinante para la menor adhesión al tratamiento⁽¹¹⁾.

Sobre el local de atención, fue posible verificar que la mayoría de los enfermos de TB realizaba el tratamiento médico (consulta médica mensual de control) con el equipo del PCT, en cuanto que la dosis supervisada era hecha principalmente en las unidades de atención básica. Este dato está de acuerdo con el modo como la atención a la TB estaba organizada en el período de la recolección de datos (centralizada en el PCT, con algunas acciones en proceso gradual de descentralización para las unidades de salud) y refuerza el hecho de que la mayoría de los enfermos de TB es acompañada simultáneamente por servicios de salud con lógicas de atenciones diferentes: en los servicios tradicionales que se orientan por la organización de la atención por programas y concentra su actuación en ciertos agravios y riesgos - o en determinados grupos poblacionales específicos; ya las unidades de atención básica son orientadas por la organización de la atención con enfoque en: adscripción de la clientela, territorialidad, diagnóstico de la situación de la salud y planificación basada en la realidad local y en los agravios de la salud en general.

Un estudio realizado en los municipios prioritarios del Estado de Sao Paulo, en 2.005, mostró que hay una tendencia de descentralización de las actividades de naturaleza técnica (entrega de medicamentos, observación de la ingestión medicamentosa a través del TS y búsqueda de sintomáticos respiratorios) para las unidades básicas de salud, en cuanto que las actividades gerenciales (manejo del sistema de informaciones, monitorización de la situación de la TB a partir del sistema de información, planificación y ejecución de entrenamientos/capacitaciones, supervisiones de los equipos locales de salud) son realizadas por la coordinación municipal del PCT y se configuran de manera centralizada⁽¹²⁾.

La cobertura del TS entre los enfermos del estudio es considerada alta (83,3%) y a pesar de que todavía sean necesarios esfuerzos para alcanzar las metas

recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (100%), la tasa del TS viene mostrándose creciente desde su implantación en el municipio en 1.998. Hasta 2.002, la cobertura del TS entre los no coinfectados TB/HIV era menor que 20%, alcanzando 59% a partir de aquel año⁽¹³⁾.

En lo que se refiere al vínculo, los resultados obtenidos mostraron que los enfermos de TB son atendidos por el mismo profesional, que dispone de tiempo suficiente para que el enfermo pueda exponer sus preocupaciones y siempre comprende y responde con claridad a las dudas presentadas.

El hecho de que los enfermos sean atendidos por el mismo profesional presupone una aproximación, de forma que los enfermos tienen en estos profesionales una referencia en la atención a su salud. Resultado semejante fue encontrado en Fortaleza, estado de Ceará, el cual evidenció mayor formación de vínculo cuando los profesionales conocen y son conocidos por los usuarios que los buscan delante de algún nuevo evento o para exponer las dudas⁽¹⁴⁾.

El acompañamiento periódico del enfermo por un profesional de referencia, además de permitir el fortalecimiento de la relación interpersonal, beneficia la participación del enfermo durante el tratamiento y facilita la evaluación de la evolución de los problemas encontrados en consultas anteriores y consecuentemente proporciona una asistencia más eficaz⁽³⁾.

En un estudio realizado en Ubatuba, estado de Sao Paulo, se encontró que los profesionales de la salud que siempre atendían a los enfermos durante las consultas de retorno tuvieron la oportunidad de identificar aquellos con riesgo de abandonar y dirigir una atención especial para esos casos⁽¹⁵⁾.

Por ser la TB una enfermedad crónica, también con carácter de estigma, cuyo tratamiento prolongado puede traer impacto en la vida del enfermo e interferir en sus dimensiones física, social, psicológica, económica y espiritual, es muy importante que el profesional de la salud tenga actitudes sensibles, desarrolle la habilidad de escuchar y disponga de tiempo suficiente para que el enfermo hable sobre sus problemas y aclare las dudas⁽¹⁶⁾. Cuando el escuchar es realizado y ocurre una mayor aproximación entre esos dos actores, el enfermo desarrolla confianza en el profesional y en el servicio de salud y se siente seguro para demostrar sus inquietudes^(4,14).

En este estudio se observó que el profesional de la salud conversa con el enfermo de TB sobre otros problemas de salud además de la enfermedad en sí, lo que permite que el profesional consiga ver al enfermo de una forma holística, atender a sus otras necesidades⁽³⁾ e

identificar conceptos del enfermo adquiridos a lo largo de su vida que van a interferir en su conducta delante de la enfermedad⁽¹⁷⁾.

La comunicación más amplia basada no solamente en los aspectos biológicos de la enfermedad también contribuye para el éxito terapéutico, como pudo ser demostrado en un estudio realizado en Nepal, donde el enfoque de la atención orientado apenas en aspectos como medicamentos, efectos colaterales y duración del tratamiento llevó a un mayor riesgo para la no adhesión⁽¹⁸⁾.

Sin embargo, los indicadores presentados pueden ser comprometidos por la existencia de algunas barreras como la debilidad cuantitativa y cualitativa de los recursos humanos y la visión centralizada y fragmentada de las acciones de control de la TB en el sistema de salud, agravados por la alta rotación de profesionales en los servicios de salud principalmente en la Atención básica, fruto de la discontinuidad político-partidaria, lo que resulta en la sobrecarga de funciones y afecta la interacción entre el profesional y el enfermo^(14,19).

El municipio de estudio no es una excepción en el escenario ya apuntado, presentando esas barreras que podrían interferir en el vínculo. Entre tanto, se piensa que la alta frecuencia de la atención con el mismo profesional, el tiempo disponible para la atención de los enfermos y la evaluación favorable de la escucha y de la comunicación pueden ser justificadas por el hecho de que la mayoría de los enfermos son acompañados por un equipo fijo del PCT, una vez que la atención de este servicio de salud está dirigida exclusivamente a los enfermos de TB.

El estudio también reveló la preocupación de los profesionales con las cuestiones presentadas por los enfermos de modo a explicar aspectos relacionados con los tuberculosos y permitir que ellos aclarasen sus dudas en relación a la medicación usada generalmente.

Estos resultados son muy importantes para la adhesión al tratamiento, una vez que este es bien sucedido cuando el enfermo asume su papel como corresponsable por su salud. Para eso, el enfermo debe tener conocimiento de todos los aspectos de su cuidado, inclusive la terapia medicamentosa⁽¹⁶⁾ y participar, junto con el grupo de técnicos responsable por su asistencia, en las decisiones sobre su salud y necesidades de forma interrelacionada, competente y resolutiva, no guiada apenas en la lógica de la atención médica curativa⁽²⁰⁾.

Se observó que las quejas presentadas por el enfermo son registradas por los profesionales en fichas, siendo esta una importante acción para el seguimiento de la asistencia. Entre tanto, es necesario evaluar la calidad de esas anotaciones, ya que las fichas sólo servirán como un

instrumento de continuidad, se contienen informaciones importantes al respecto de los enfermos, de modo objetivo y completo y que permita el acceso a contenidos generados en todas las consultas anteriores⁽³⁾.

La atención del equipo de salud prestada al enfermo de TB durante su tratamiento fue bien evaluada por los tres grupos de actores. El resultado positivo sobre esta evaluación del equipo de salud, probablemente, está relacionado a los resultados de los otros indicadores encima presentados, ya que los mismos expresaron un alto grado de satisfacción en relación a la dimensión vínculo en todos sus atributos: respeto, consideración, escucha comprensión y acogida por la equipo.

Fue posible notar que, a pesar de que hubiesen evaluado bien la atención prestada por el equipo de salud, los profesionales y gestores le atribuyeron valor menor que los enfermos. Ese dato puede ser explicado por la diferencia de percepciones y de expectativas entre los tres grupos de actores en cuanto a la atención desarrollada. Los enfermos evaluaron la atención del equipo valorizando el modo en que son recibidos/acogidos por los profesionales del servicio de salud y por la posibilidad de tener sus necesidades individuales más inmediatas atendidas. Ya los profesionales y gestores evaluaron la atención con base en resultados, en la perspectiva de una asistencia dirigida a lo individual y colectivo los cuales demuestran el desempeño de las acciones desarrolladas por el equipo por medio de los efectos y del impacto (indicadores) sobre la salud de la población atendida⁽¹⁷⁾.

Por último, la dimensión vínculo en el referido municipio presentó desempeño satisfactorio apuntado por los actores participantes del estudio, siendo el enfermo el actor que atribuyó mejor valor a esta dimensión en la mayor parte de los indicadores.

Uno de los factores que puede haber contribuido para la mejor evaluación por parte de los enfermos es el hecho de que la mayoría fue acompañada por la equipo del PCT que atiende una demanda menor de usuarios (solamente enfermos de TB) y por estar en TS en el momento de la recolección de datos. Otros estudios apuntan que el gran número de enfermos atendidos influye de modo menos favorable en la comunicación y la relación entre enfermo y profesional de la salud⁽¹⁰⁾, en cuanto que las actividades de supervisión del tratamiento posibilitan el vínculo, ya que exige una aproximación en el entorno social en cual el enfermo está inscrito, conquistado por medio de relaciones de confianza e intimidad entre este y el profesional, ampliando esa interacción⁽²¹⁻²²⁾.

Ya los gestores, a pesar de la evaluación satisfactoria atribuida al vínculo, presentaron valores menores, se diferenciando, en la mayoría de los indicadores, de la

realizada por los enfermos. Este resultado está de acuerdo con un estudio realizado en Ribeirao Preto, estado de Sao Paulo, el cual apunta que las actividades burocráticas administrativas y también las cuestiones técnicas son asumidas cada vez más por los gestores locales. Estos profesionales apuntan, en su cotidiano de trabajo, acciones de supervisión y control, en cuanto que la planificación y la evaluación de los profesionales y de las prácticas de salud de la unidad son dejadas en segundo plano, disociando así, la gerencia de la asistencia. Esta postura, muchas veces, crea un distanciamiento entre los gerentes y los usuarios de los servicios, mismo para los profesionales que asumen el cargo de gerentes asistenciales⁽²³⁾.

Conclusión

El estudio reveló que los enfermos de TB en tratamiento en Sao José del Rio Preto, estado de Sao Paulo, son frecuentemente acompañados por el mismo profesional y que, existe una comunicación eficaz con enfoque en la subjetividad del enfermo y en el ofrecimiento de informaciones sobre el esquema terapéutico, pudiendo ser esos algunos de los aspectos que favorecen el vínculo entre los enfermos y los profesionales de la salud que realizan acciones de control de la TB.

Se observó que los tres grupos de actores apuntaron desempeño satisfactorio para la dimensión vínculo en el municipio, sin embargo los gestores atribuyeron menor valor en la evaluación, se diferenciando de los enfermos en la mayoría de los indicadores. En ese sentido, podemos inferir que la visión de los gestores todavía está dirigida predominantemente a los aspectos burocrático/administrativos, necesitando que estos integren más acciones gerenciales y asistenciales.

Así, se percibe que es necesaria una gerencia con mayor involucramiento político, mayor integración con enfermos y profesionales de la salud y que obtenga conocimientos de planificación y organización para, de esa forma, utilizar herramientas que permitan el adecuado desarrollo de las acciones de control de la TB.

Referencias

1. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm.* outubro-dezembro 2007;16(4):712-8.
2. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Colet.* 2009;14(Supl 1):1523-31.
3. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre

- necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde /UNESCO; 2002. 725 p.
4. Ramos DD, Lima, MADS. Acesso e acolhimento em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):27-34.
 5. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):7-12.
 6. Jaiswal A, Singh V, Ogden JA, Porter JD, Sharma PP, Sarin R, et al. Adherence to tuberculosis treatment: lessons form the urban setting of Delhi, India. *Trop Med Int Health*. 2003;8(7):625-33.
 7. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2009;35(6):610-2.
 8. Vendramini SHF, Santos MLSG, Gazetta CE, Chiaravallotti-Neto F, Ruffino-Netto A, Villa, TCS. Tuberculosis risk and socio-economic level: a study of a city in the Brazilian south-east, 1998-2004. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006;10(11):1231-5.
 9. Lindoso AABP, Waldman EA, Komatsu NK, Figueiredo SM, Taniguchi M, Rodrigues LC. Perfil de pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):805-12.
 10. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcêncio RA, Cardozo-Gonzales RI, Villa TCS, et al. Patient-Health professional bonding in the Tuberculosis care. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):176-82.
 11. Santos MLSG, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007;15(esp): 762-7.
 12. Villa TCS, Ruffino-Netto A, Arcêncio RA, Cardozo-Gonzales RI. As políticas de controle da tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: Villa TCS, Ruffino Netto A, organizadores. *Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais*. Ribeirão Preto: FMRP/USP; 2006. p. 29-47.
 13. Vendramini SHF, Gazetta CE, Chiaravallotti-Neto F, Cury MRCO, Meirelles EB, Kuyumjian FG, et al. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. *J Bras Pneumol*. 2005;31(3):237-3.
 14. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2): 358-64.
 15. Bergel FS, Gouveia N. Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento da tuberculose. *Rev Saúde Publica*. 2005;39(6):898-905.
 16. Paz EPA, Sá AMM. The daily routine of patients in tuberculosis treatment in basic health care units: a phenomenological approach. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(2):180-6.
 17. Archanjo DR, Archanjo LR, Silva LL, organizadores. *Saúde na Família na Atenção básica*. Curitiba: Ibpex; 2007.
 18. Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Socio-economic status and adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a district of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005;9(10):1134-9.
 19. Monroe AA, Cardoso-Gonzales RI, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino-Netto A, Vendramini SHF, et al. O envolvimento de equipes de atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):262-7.
 20. Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
 21. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com a tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):365-72.
 22. Villa TCS, Assis EG, Oliveira MF, Arcêncio RA, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) no Estado de São Paulo (1998 a 2004). *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):98-104.
 23. Protti ST, Silva LMC, Palha PF, Villa TCS, Ruffino Netto A, Nogueira JÁ, Sá LD. A gerência da unidade básica de saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. *Rev Esc Enferm USP*. In press 2010.

Recibido: 22.2.2010

Aceptado: 4.10.2010

Como citar este artículo:

Ponce MAZ, Vendramini SHF, Santos MR, Santos MLSG, Scatena LM, Villa TCS. Vínculo entre profesional y enfermo en el tratamiento de la tuberculosis: desempeño de la atención básica en un municipio del estado de Sao Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. sep.-oct. 2011 [acceso: / /];19(5):[08 pantallas]. Disponible en:

URL

www.eerp.usp.br/rlae

día | mes abreviado con punto | año