



Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública - Artigos e Materiais de Revistas Científicas - EERP/ERM
EERP/ERM

2012

A coordenação da assistência no controle da tuberculose

Rev. esc. enferm. USP, v.46, n.1, p.111-118, 2012

<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/38417>

Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

A coordenação da assistência no controle da tuberculose*

THE COORDINATION OF CARE FOR TUBERCULOSIS CONTROL

LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Elisangela Gisele de Assis¹, Aline Ale Beraldo², Aline Aparecida Monroe³, Lúcia Marina Scatena⁴, Roxana Isabel Cardozo-Gonzales⁵, Pedro Fredemir Palha⁶, Simone Terezinha Protti⁷, Tereza Cristina Scatena Villa⁸

RESUMO

Estudo epidemiológico descritivo que analisa a coordenação da assistência ao doente de Tuberculose em Serviços de Atenção Primária segundo 23 doentes, 16 profissionais e 17 gestores em Ribeirão Preto-SP, através de instrumento adaptado para avaliar a tuberculose. De acordo com os informantes, a coordenação da assistência ao doente em tratamento pela equipe do programa de controle da tuberculose foi considerada satisfatória. No entanto, quando há necessidade de encaminhar o doente a outros pontos de atenção, a ordenação da assistência apresenta pontos deficientes como descontinuidade do fluxo de comunicação e participação incipiente do doente no processo de atenção, havendo necessidade de aumentar a responsabilização pelo cuidado do doente e estimulá-lo como agente ativo do processo.

DESCRIPTORIOS

Tuberculose
Ação intersetorial
Atenção Primária à Saúde
Avaliação de Serviços de Saúde
Enfermagem de Atenção Primária

ABSTRACT

This descriptive epidemiological study analyzed the coordination of tuberculosis (TB) patient care in primary healthcare services according to 23 patients, 16 professionals, and 17 administrators from Ribeirão Preto, Sao Paulo, using an instrument adapted to evaluate TB. According to the informants, the coordination of healthcare provided to patients under the treatment of the Tuberculosis Control Program team was considered satisfactory; however, when there is a need to refer the patient to other care units there are weak points in the coordination of healthcare, which include: interruption of communication flow; and patients' incipient participation in the care process, with a need to increase the sense of responsibility for patient care and encourage patients to become active agents in the process.

DESCRIPTORS

Tuberculosis
Intersectorial action
Primary Health Care
Health Services Evaluation
Primary Care Nursing

RESUMEN

Estudio epidemiológico descriptivo que analiza la coordinación de la atención al enfermo de tuberculosis en Servicios de Atención Básica, según 23 enfermos, 16 profesionales y 17 gestores en Ribeirão Preto-SP, mediante instrumento adaptado para evaluar la tuberculosis. Según los informantes, la coordinación de la atención al enfermo en tratamiento por parte del equipo del programa de control de la tuberculosis fue considerada satisfactoria. Sin embargo, cuando existe necesidad de derivar al enfermo a otros puntos de atención, la coordinación de la atención exhibe signos deficientes, como discontinuidad del flujo de comunicación y participación incipiente del enfermo en el proceso de atención, habiendo necesidad de aumentar el grado de responsabilidad por la atención del enfermo y estimularlo para ser agente activo en tal proceso.

DESCRIPTORIOS

Tuberculosis
Acción intersectorial
Atención Primaria de Salud
Evaluación de Servicios de Salud
Enfermería de Atención Primária

* Extraído da dissertação "A coordenação da assistência aos doentes de tuberculose: percepção de diferentes autores", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007 ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. elisasis@eerp.usp.br ² Enfermeira. Mestranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose. Ribeirão Preto, SP, Brasil. li_aab@yahoo.com.br ³ Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. amonroe@eerp.usp.br ⁴ Professora Doutora do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Triangulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. lmscatena@uol.com.br ⁵ Enfermeira. Professora Doutora da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. roxanacardozoandre@yahoo.com ⁶ Enfermeiro. Professor Livre-Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. palha@eerp.usp.br ⁷ Enfermeira. Professora Doutora da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil. simoneprotti@yahoo.com.br ⁸ Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. tite@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) traz em suas diretrizes que a organização dos serviços deve ser pautada pelo princípio da integração, onde as ações e serviços devem ocorrer de maneira conjunta e articulada com vistas à prevenção e cura, direcionadas para o indivíduo e para as coletividades em todos os níveis de complexidade do sistema, com o objetivo de assegurar serviços contínuos e globais pelos diferentes profissionais, articulados no tempo e espaço⁽¹⁾ de acordo com a disponibilidade tecnológica local. Observa-se que as ações de saúde desenvolvidas durante o processo de assistência ainda ocorrem de maneira descontínua, com forte polarização para os níveis de atenção com maior densidade tecnológica com pouca integração e articulação entre os pontos de atenção, evidenciando a predominância de um modelo de atenção fragmentado, voltado ao atendimento e tratamento de casos agudos e episódicos⁽²⁾.

Neste sentido, é de relevância que a assistência desenvolvida nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) ocorra de modo articulado e integrado por meio da coordenação, uma das ferramentas de gestão⁽³⁾. No âmbito internacional, a coordenação é compreendida como a capacidade que os serviços de saúde tem em garantir a continuidade da atenção ao doente no sistema de saúde⁽³⁻⁴⁾, assegurando a provisão de recursos, insumos, articulação intra e extra-setorial e o fluxo de informações necessárias ao atendimento das necessidades dos usuários⁽³⁻⁴⁾.

Estudo sobre a coordenação da assistência desenvolvido em 12 países verificou que 81% dos problemas de coordenação encontram-se entre a atenção prestada a pacientes em condições agudas e a atenção, 69% entre atenção emergencial, 65% entre atenção ambulatorial, 42% no cuidado ambulatorial (entre atenção primária e especialistas de ambulatório), 35% dentro do cuidado a longo prazo (cuidado de enfermagem e atenção domiciliar - *home care*) e 31% entre atenção ambulatorial e atenção emergencial⁽⁵⁾.

Doentes portadores de enfermidades com características crônicas como a tuberculose necessitam de gerenciamento para manejo e cuidado ao longo do tempo, ou seja, de continuidade da assistência, buscando garantir a adesão e o tratamento a longo prazo. Um estudo revelou que em sistema de atenção centralizado, há dificuldades em proporcionar atenção ou cuidado continuado a pacientes de tuberculose multirresistente (TBMDR) com insucesso no tratamento da doença e no seguimento do doente⁽⁶⁾.

No Brasil, a adesão ao tratamento e a busca de sintomas respiratórios tem se constituído como um gran-

de desafio para o controle da TB, apesar de ser objeto de ações e investimentos no âmbito governamental, tanto do Ministério da Saúde como das demais instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) com foco para a descentralização de algumas ações para os serviços de APS⁽⁸⁻⁷⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 1,7 milhões de pessoas morreram por TB em 2009. No Brasil, a incidência média de casos na população por ano tem sido de 72/100.000, a incidência por casos novos com baciloscopia positiva de 48/100.000 na população por ano e uma prevalência média de 36/100.000 casos por todas as formas de TB, e mortalidade por todas as formas de TB de 8,4/100.000 na população por ano. Dos casos diagnosticados em 2009, 64% são com baciloscopia positiva com sucesso de tratamento de 71%. A estimativa das taxas de detecção de casos em 2009 foi de 72%⁽⁹⁾.

A OMS afirma que o problema da tuberculose não está nas formas de detecção e de tratamento, mas na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB⁽¹⁰⁾. Estudo acerca da organização e estrutura de Programas de Controle da Tuberculose (PCT) identificou insuficiência de recursos materiais e humanos, além da falta de capacitação destes recursos humanos⁽¹¹⁾, comprometendo dessa forma a coordenação da assistência ao doente.

Por ser uma doença de grande transmissibilidade, o acompanhamento dos acometidos pela enfermidade requer monitoramento constante, assim como de suas famílias, acompanhamento no qual a atenção ou cuidados ofertados nos PCT e outros pontos de atenção sejam desenvolvidos de modo integrado entre essas diferentes equipes para que haja controle eficaz e eficiente da doença. A coordenação se destaca como instrumento determinante neste processo, uma vez que permite a integração do trabalho entre os atores e, juntamente a esse processo, o uso de tecnologias e recursos para atingir os objetivos organizacionais e eficácia do serviço⁽¹²⁾.

O estudo teve como objetivo a coordenação da assistência aos doentes de tuberculose na percepção de doentes de TB, profissionais do PCT e gerentes de Unidades Básicas do município de Ribeirão Preto-SP, 2007.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo do tipo inquérito epidemiológico. Foram entrevistados 100 doentes de TB de um total de 133 que estavam em tratamento para a doença no período da coleta de dados (junho a agosto de 2007). Destes 100 doentes, apenas 23 responderam as questões referentes à coordenação da assistência do instrumento utilizado. Portanto, fizeram parte da amostra 23 doentes

de TB seguidos no PCT de Ribeirão Preto-SP, 16 profissionais de saúde e 17 gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os critérios de inclusão foram: doentes maiores de 18 anos, residentes no município, com pelo menos um mês de tratamento que aceitaram participar do estudo, sendo excluídos doentes inseridos no sistema prisional; todos os profissionais que atuam nas equipes dos PCT, sendo consideradas as categorias de médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem que prestam assistência aos doentes de TB, e gerentes de unidades básicas de saúde com pelo menos três anos de cargo de gerência.

Foi utilizado um instrumento para coleta de dados, o *Primary Care Assessment Tool* (PCTA), adaptado e validado no Brasil para atenção à tuberculose⁽¹³⁾. Os entrevistados responderam cada pergunta segundo uma escala de possibilidades pré-estabelecida, escala de Likert, na qual foi atribuído valor zero para respostas do tipo *não sei* ou *não se aplica* e os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência ou concordância das afirmações. Cada resposta teve um significado numérico (escores de 1 a 5) no qual, por exemplo, nunca=1, quase nunca=2, às vezes=3, quase sempre=4 e sempre=5. Foram utilizados roteiros explicativos para os entrevistados sobre a escala de resposta.

Foram construídos 14 indicadores para analisar a coordenação da assistência a seguir: *C1 Atendimento pelo mesmo profissional durante a consulta; C2 Profissional conversa sobre outros problemas durante a consulta; C3 Profissional pega o prontuário durante a consulta; C4 Profissional anota queixas no prontuário; C5 Disponibilidade dos resultados de exames na unidade de saúde; C6 Recebimento de aviso de agendamento de consulta; C7 Encaminhamento para consulta com especialista; C8 Discussão/*

indicação de local de atendimento em caso de encaminhamento; C9 Recebimento de ajuda profissional para marcar consulta com especialista; C10 Recebimento de comprovante de consulta com especialista; C11 Fornecimento de informações escritas ao especialista pelo profissional de saúde; C12 Retorno do doente com informações escritas do especialista; C13 Discussão dos resultados da consulta do especialista com o profissional de saúde; C14 Preocupação e interesse do profissional acerca do atendimento que o doente recebe em outro serviço.

Os dados foram analisados pelo programa Statistica da Statsoft 8.0 no qual se procedeu a análise exploratória dos dados para verificar inconsistências no banco de dados, e análise descritiva para determinação do valor do indicador (média das respostas) e intervalo de 95% de confiança. Os indicadores foram classificados em *insatisfatórios* (valores entre 1 e 2), *regulares* (valor 3) e *satisfatórios* (valores entre 4 e 5).

Considerações éticas

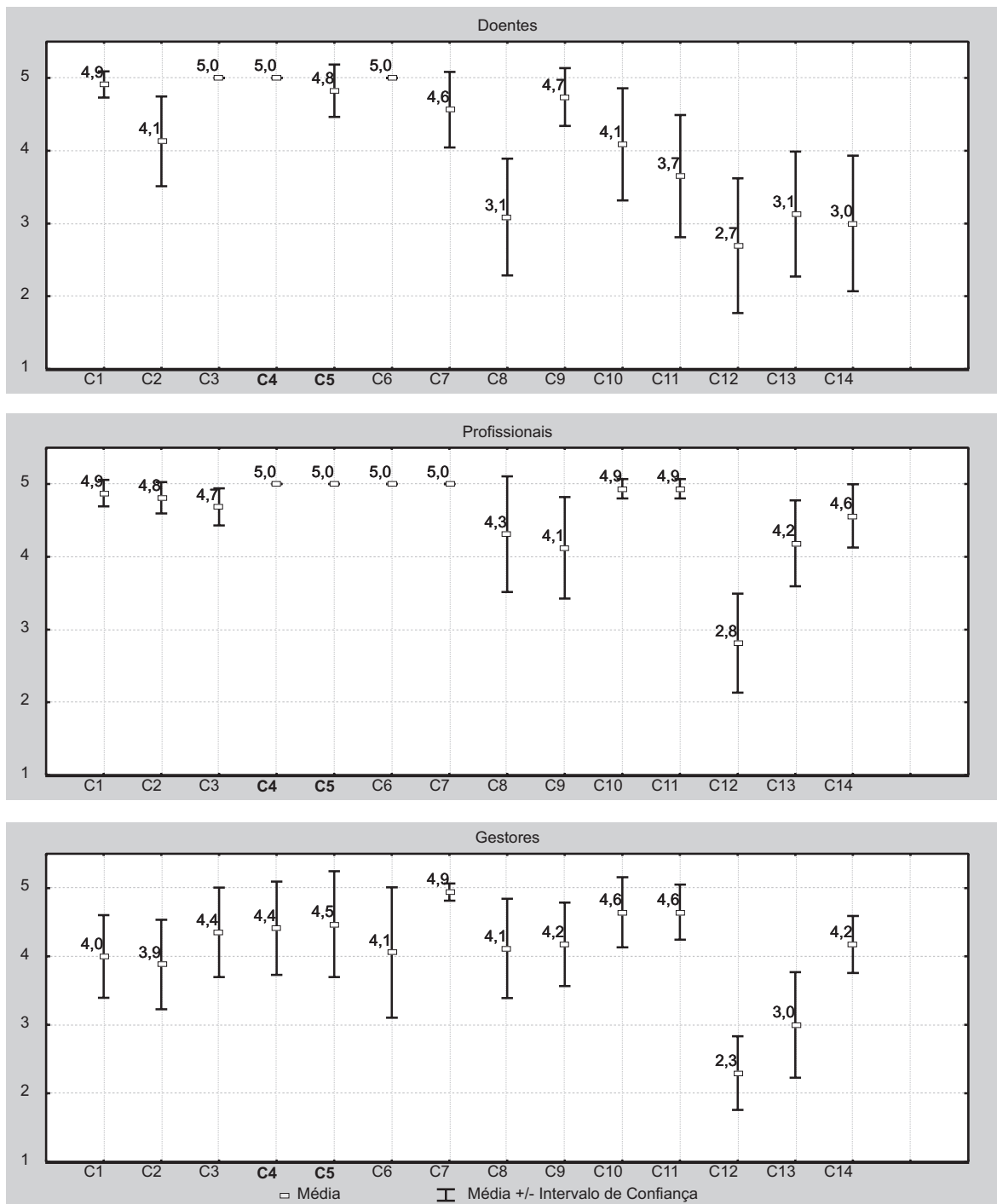
Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP, atendendo à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (protocolo 0762/2007).

RESULTADOS

Os resultados dos valores das médias dos indicadores e o intervalo de confiança para a coordenação da assistência na TB, de acordo com doentes de TB, profissionais de saúde e gestores de UBS, são mostrados na Tabela e Figura 1.

Tabela 1 - Rótulo das variáveis, valor das médias e dos respectivos intervalos de confiança dos indicadores de Coordenação da Assistência de acordo com doentes de TB, profissionais de saúde e gestores, Ribeirão Preto-SP, 2007.

Rótulo das Variáveis	Doentes de TB Média/IC	Profissionais de saúde Média/IC	Gestores UBS Média/IC
C1	4,91 [4,73 ; 5,09]	4,87 [4,69 ; 5,05]	4,00 [3,39 ; 4,60]
C2	4,13 [3,51 ; 4,74]	4,81 [4,59 ; 5,02]	3,88 [3,22 ; 4,53]
C3	5,00 [5,00]	4,68 [4,43 ; 4,94]	4,35 [3,69 ; 5,00]
C4	5,00 [5,00]	5,00 [5,00]	4,41 [3,73 ; 5,09]
C5	4,82 [4,46 ; 5,18]	5,00 [5,00]	4,47 [3,69 ; 5,24]
C6	5,00 [5,00]	5,00 [5,00]	4,05 [3,10 ; 5,01]
C7	4,56 [4,04 ; 5,08]	5,00 [5,00]	4,94 [4,81 ; 5,06]
C8	3,08 [2,28 ; 3,88]	4,31 [3,51 ; 5,10]	4,11 [3,39 ; 4,84]
C9	4,73 [4,34 ; 5,13]	4,12 [3,42 ; 4,82]	4,17 [3,56 ; 4,78]
C10	4,08 [3,31 ; 4,85]	4,93 [4,80 ; 5,07]	4,64 [4,13 ; 5,15]
C11	3,65 [2,81 ; 4,49]	4,93 [4,80 ; 5,07]	4,64 [4,24 ; 5,05]
C12	2,69 [1,76 ; 3,62]	2,81 [2,13 ; 3,49]	2,29 [1,75 ; 2,83]
C13	3,13 [2,27 ; 3,98]	4,18 [3,59 ; 4,77]	3,00 [2,22 ; 3,77]
C14	3,00 [2,06 ; 3,93]	4,56 [4,12 ; 4,99]	4,17 [3,76 ; 4,59]



Fonte: Doentes, Profissionais do PCT, gerentes de UBS – RP (SP), 2007

Figura 1 - Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de coordenação, segundo informantes - Ribeirão Preto, SP - 2007

Os resultados apontados na Tabela 1 indicam que, quando questionados a respeito do doente de TB ser atendido pelo mesmo profissional de saúde no PCT (C1), se o profissional do PCT que o atende realiza anotações de queixas no prontuário (C3), se há uso de prontuário durante a consulta pelo profissional do PCT (C4), se há disponibilidade de resultados de exames na unidade de saúde para o doente (C5), se o mesmo recebe aviso de

agendamento de consulta de retorno para continuidade da atenção (C6); ou ainda, se o mesmo é encaminhado à consulta com algum especialista quando necessita (C7), recebe ajuda dos profissionais do PCT para marcar consulta com este especialista (C9) e se lhe é fornecido informações por escrito pelos profissionais do PCT para levar para este especialista (C11), as respostas fornecidas pelos três grupos consultados foram consideradas satis-

fatórias, com valores de médias que variaram de 4,00 a 5,00 (Tabela 1).

Entretanto, em relação ao restante dos indicadores, os grupos consultados mostraram diferenças nas respostas. Quando questionados acerca do profissional do PCT conversar com o doente de TB sobre outros problemas de saúde (C2), os gestores avaliaram este indicador de forma regular; em relação à possibilidade de indicação de local de atendimento em caso de encaminhamento ou referência (C8) os doentes de TB também avaliaram de forma regular. Acresce-se que os doentes avaliaram de forma regular o fornecimento de informações escritas pelos profissionais do PCT para entregar aos especialistas (C11) e a preocupação demonstrada pelos profissionais do PCT em relação ao atendimento recebido pelo doente no serviço de saúde, em que houve consulta com especialista (C14).

Houve concordância de respostas entre os três grupos consultados ao serem questionados a respeito da contra-referência com informações escritas para o profissional do PCT (C12); este indicador foi avaliado de modo insatisfatório. Desta forma, os grupos quando questionados se existe discussão dos resultados da consulta realizada nos especialistas entre doentes de TB e profissionais do PCT (C13), apenas os profissionais avaliam satisfatoriamente este indicador.

Estes resultados são apresentados de forma gráfica na Figura 1 para melhor visualização do padrão de respostas fornecido pelos diferentes informantes em relação aos indicadores analisados.

De acordo com a Figura 1, nota-se que há muitos indicadores concordantes entre os três informantes, conforme apresentado anteriormente. Apenas os indicadores fornecimento de informações escritas ao especialista pelo profissional de saúde (referência) C11 e preocupação e interesse do profissional acerca do atendimento que o doente recebe em outro serviço C14 apresentaram diferença estatística significativa, mostrando a discordância de opinião entre doentes e profissionais, corroborando com os seus respectivos valores de intervalos de confiança apresentados na Tabela 1.

Para o restante dos indicadores, não houve diferença estatística significativa, sendo que os informantes apresentaram opiniões satisfatórias e concordantes, à exceção dos indicadores: retorno do doente com informações escritas do especialista C12, discussão de locais de atendimento C8 e discussão dos resultados da consulta do especialista com profissional de saúde C13, avaliados de modo *insatisfatório*, *regular* e *regular*, respectivamente pelos três informantes.

DISCUSSÃO

Quando analisamos o desempenho das variáveis e indicadores da coordenação da assistência ao doente de TB sob aspecto do próprio doente, do profissional que o atende e de gestores de UBS, verifica-se que há um bloco de indica-

dores concordantes entre os três informantes, que apontam para elementos assistenciais e de suporte ao tratamento do doente de TB, os quais possibilitam a continuidade no processo de atenção ao doente ao longo do sistema de saúde, por meio da gestão do caso ou manejo da doença, na medida em que oferecem um cuidado centrado no doente ao longo do tempo e em vários pontos de atenção⁽⁵⁾.

Há um reconhecimento pelos três atores acerca da existência de uma equipe de saúde especializada, que é referência para atenção à TB, e uma organização do sistema de informação local que permite o conhecimento do doente sob variados aspectos, o que se percebe pela avaliação satisfatória de grande parte das ações referentes ao processo de trabalho na assistência ao doente de TB. Verifica-se por meio destes elementos que a organização dos serviços de saúde na atenção à TB possibilita que a coordenação tenha elementos para potencializar o vínculo dos profissionais de saúde com o doente. A organização interna do trabalho da equipe do PCT local permite o conhecimento do doente e oferece elementos de informação para o sistema de referência quando este necessita e manejo adequado do caso.

Autores de um estudo a respeito da coordenação da assistência em diferentes países afirmam que o manejo ou gestão de caso é uma das ferramentas da coordenação que inclui *a responsabilidade pela referência, consultas, prescrições de terapias, admissão em hospitais e seguimento do cuidado*⁽⁵⁾.

Quando há necessidade de seguimento do doente de TB para outros cuidados, ou seja, a necessidade de encaminhamentos para outras especialidades, setores ou serviços, nota-se que há uma sensibilização destes profissionais e dos gestores no sentido de garantir ações e serviços a fim de alcançar resolubilidade do caso, o que os torna uma equipe de saúde de referência para o doente de TB. Cabe ressaltar que equipe de referência pode ser um arranjo organizacional e metodológico para a gestão do trabalho em saúde, cuja conformação se dá por profissionais considerados essenciais para condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento, com objetivo de ampliar as possibilidades de realização da clínica ampliada, onde a equipe prestadora do cuidado percebe as diferenças entre as pessoas com a mesma doença e produz propostas terapêuticas diferentes e adequadas. Isto deverá estar relacionado à capacidade de diálogo da equipe e autonomia dos sujeitos⁽¹⁴⁾.

Entretanto, o processo de referência e contra-referência pode ser personalizado à medida que um profissional de saúde estimule e facilite o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio, alterando a função das centrais de regulação que ficariam apenas com a função de regular urgências. Estes profissionais são denominados de apoio matricial, os quais necessitam possuir conhecimentos específicos e serem capazes de agregar recursos do saber, abrindo espaço para comunicação

ativa e para o compartilhamento deste conhecimento com os profissionais de referência, contribuindo com intervenções que aumentem a capacidade resolutive dos problemas de saúde da equipe responsável pelo caso, assegurando maior eficácia e eficiência do trabalho em saúde, e investindo na construção da autonomia dos usuários⁽¹⁴⁾.

Em relação ao fluxo de informações entre os serviços, durante os mecanismos de referência e contra-referência para o atendimento do doente de TB, este estudo assinala a descontinuidade desta informação, dificuldade das equipes dos serviços em garantir o registro dessas informações e a não-participação do doente neste processo, o que pode se configurar em obstáculo para a continuidade da assistência. Apesar deste mecanismo ocorrer mediante um complexo regulador no município em estudo, se faz necessário aprimoramento do mesmo.

Diante disso, o estudo apontou que a percepção dos doentes de TB em relação à sua participação no processo terapêutico apresentou desempenho regular e indica que o modo como as equipes dos PCT organizam a atenção não oferece condições para a participação efetiva do mesmo no processo decisório ou escolha do serviço a ser referenciado, evidenciando o forte predomínio do modelo curativista centrado na técnica e na doença, e não no indivíduo, indicando precariedade e insipiência da corresponsabilização. Na Holanda, usuários do sistema de saúde, quando questionados em relação ao processo de referência e contrarreferência entre serviços de atenção primária e secundária, apontaram para a descontinuidade da assistência entre estes tipos de serviços e, somados a isto, eles não se sentiram capazes para escolher um hospital ou serviço de saúde para seu atendimento, pois alegaram que poderiam julgar o tipo de hospital, mas não o desempenho dos especialistas que os atenderiam nestes serviços⁽¹⁵⁾.

Em relação ao fluxo de informações entre os serviços, durante os mecanismos de referência e contrarreferência para o doente de TB, este estudo assinala a descontinuidade desta informação, dificuldades das equipes dos serviços em garantir o registro dessas informações, principalmente no processo de contrarreferência, e a não-participação do doente neste processo, o que pode se configurar em obstáculo para a continuidade da assistência. Apesar de este mecanismo ocorrer mediante complexo regulador no município em estudo, se faz necessário aprimoramento do mesmo.

Estudo realizado nos EUA com 250 portadores de condições crônicas mostra que a transferência de informações durante o processo de referência de pacientes da atenção primária para os especialistas tem sido crítica. A maioria dos doentes (85%) ficou satisfeita com a informação recebida durante este processo. Em contrapartida, 16% deles avaliaram a qualidade da informação escrita como incompleta e 15% sequer recebeu qualquer informação por escrito. Os autores apontam para forte associação da qualidade da informação oferecida pelo médico da atenção

primária ao doente, ao referenciá-lo ao especialista, com a satisfação da coordenação da assistência⁽¹⁶⁾.

Neste estudo, os doentes de TB entrevistados avaliaram de forma regular a quantidade de informações escritas disponibilizadas no formulário, tanto para levar ao especialista (referência) quanto ao que o especialista escreveu para devolver ao profissional do PCT (na contrarreferência). A dificuldade em assegurar o registro de informações pelas equipes nos diferentes serviços durante este mecanismo pode dificultar a conduta a ser tomada por estes profissionais. Existem estudos que apontam para insatisfação dos usuários quanto ao tempo de retorno de informações dos especialistas do nível de atenção secundário para médicos generalistas do nível de atenção primário, insatisfação quanto ao conteúdo de informações (incompletas) e queixas dos profissionais de atenção primária com o não-recebimento de informações de especialistas de outro nível de atenção⁽¹⁵⁾; e estudos que mostram que há problemas de preenchimento nos formulários (guias de referência) provenientes da atenção básica como “ilegibilidade, falta de descrição do tempo de duração da queixa do paciente” e outros dados importantes para definição do diagnóstico ou resolução dos problemas apresentados⁽¹⁷⁾.

No Brasil, a prática de referência e contrarreferência é exercida como uma diretriz pactuada de um serviço, como um dos focos de gestão, para assegurar a continuidade do cuidado e, para seu desenvolvimento, é preciso capacitação e educação permanente na ampliação da clínica e no domínio das técnicas de relação⁽¹⁸⁾. A importância de um médico, prestador de atenção primária ou especialista, capazes de coordenar a transição de informação de um serviço a outro para melhorar a coordenação da assistência, foi relatada em alguns estudos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, o que seria de grande importância se ocorresse o mesmo feito na atenção à TB. A coordenação do cuidado deve ser realizada de forma sistemática e estruturada com clareza de papéis, responsabilidades e forte monitoramento.

Ainda em relação ao fluxo de informação, destaca-se que no município em estudo não há um sistema de informação que integre a rede de serviços do SUS, o qual poderia auxiliar gestores e profissionais de saúde a planejar cuidadosamente as ações e serviços, reduzir custos e aumentar a efetividade e eficiência de serviços que compõem o sistema público, uma vez que os vários sistemas de informação utilizados em cada nível hierárquico dificultam o monitoramento do doente e a integração destes serviços. Estudos que avaliaram a tuberculose apontam para a descontinuidade do fluxo de informação na assistência à tuberculose e para a necessidade de organizar fluxos e contrafluxos dos doentes entre os diferentes serviços e níveis de atenção^(8,19).

Esta falta de envolvimento do doente no processo do cuidado foi percebida em outro estudo no qual todos os pacientes entrevistados (maioria com condições crônicas) consideraram importante serem tratados com seriedade pe-

los médicos de atenção primária e especialistas e que estes deveriam ouvi-los atentamente, proporcionando recursos e informações corretas, informando-os quanto às vantagens e desvantagens de tratamentos e referências, tornando possível sua participação no processo de decisão⁽¹⁵⁾. Curiosamente, outra experiência realizada na Holanda apontou que a maioria dos pacientes referenciados envolveu-se no processo decisório do próprio tratamento com o especialista, além de trazer informações sobre o seu seguimento para os médicos de referência ou prestador de atenção primária⁽¹⁶⁾.

Os serviços que utilizam protocolos tendem a ser ótimos para situações de urgência e emergência ou doenças muito graves, pois são ferramentas de gestão altamente respeitadas. No entanto, eles tendem a ser limitados para situações mais complexas e doenças crônicas, pelo fato de que o trabalho incorporado à rotina tenciona os trabalhadores a desenvolver o trabalho de forma acrítica⁽²⁰⁾. Ainda assim, considera-se necessário estimular o doente de TB como agente ativo neste contexto, sensibilizando os profissionais e gestores a desenvolver o empoderamento do doente por meio da sua participação ativa neste contexto, além de fortalecer o desenvolvimento de corresponsabilização pelo conjunto de necessidades e problemas identificados durante a assistência.

REFERÊNCIAS

1. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da Atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cad Saúde Publica*. 2004;20 Supl 2:331-6.
2. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/ UNESCO; 2002.
4. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vancelow NA. Primary care: America's health in a new era. Washington: National Academy Press; 1996.
5. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris: Oecd Health Working Papers; 2007.
6. Padayatchi N, Friedland G. Decentralized management of drug-resistant tuberculosis (MDR- and XDR-TB) in South África: an alternative model of care. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(8):978-80.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância Epidemiológica; Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília; 2004.
8. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Cardozo-Gonzales R, Ruffino-Netto A, Villa TCS, et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(2):315-21.
9. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: WHO Report. Geneva; 2010.
10. World Health Organization (WHO). What is dots? A guide to understanding the recommended TB control strategy known as DOTS. WHO Report. Geneva; 1999. (WHO/CDS/CPS/TB/99).
11. Cardozo-Gonzales RI, Monroe AA, Arcêncio RA, Oliveira MF, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Performance indicators of DOT at home for tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. *Rev Latino Am Enferm*. 2008;16(1):95-100.
12. Nóbrega RG. As ações de controle da tuberculose desenvolvidas pela equipe de saúde indígena da Paraíba: uma análise da dimensão de coordenação [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2007.
13. 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.

CONCLUSÃO

A análise da coordenação da assistência, na percepção dos doentes de tuberculose, profissionais do Programa de Controle de Tuberculose e gerentes de unidades básicas, possibilitou conhecer a organização dos serviços de saúde, bem como o modo como são desenvolvidas as ações para o controle da doença e quais os recursos necessários para viabilizar a continuidade do processo de atenção.

Percebe-se, por meio dos depoentes, que grande parte das ações de coordenação durante o processo de assistência tem ocorrido de maneira satisfatória. Entretanto, no processo de referência e contrarreferência do doente de TB, identificou-se descontinuidade do fluxo de informação, sem um sistema de informação que integre os serviços otimizando a coordenação do doente no sistema, necessidade de ampliar a participação do doente no processo decisório do seu tratamento. Assim, entende-se que a coordenação da assistência na TB requer a construção de um modelo flexível, pautado na integração do cuidado, com profissionais imbuídos de conhecimento e escuta e que exercitem o papel de educadores, potencializando a autonomia do doente e estimulando a corresponsabilização no cuidado.

14. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.
15. Berendsen AJ, Majella de Jong G, Meyboom-de Jong B, Dekker JH, Schuling J. Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface – a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:62.
16. Ireson CL, Slavova SS, Steltenkamp CL, Scutchfield FD. Bridging the care continuum: patient information needs for specialist referrals. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:163.
17. Silva EM, Assis MMA, Villa TCS, Scatena LM. Coordenação dos Serviços de Atenção Primária em Saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia Brasil. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2010;34(2):227-39.
18. Silva Júnior AGD, Carvalho LCD, Silva VMN, Alves MGDM, Mascarenhas MTM. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2006. p. 60-90.
19. Monroe AA, Palha PF, Ruffino-Netto A, Cardozo-Gonzales R, Villa TCS. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):262-7.
20. Cunha GT. Algumas estratégias para transformação. São Paulo: Hucitec; 2007. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica; p. 129-97.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à pesquisa no Estado de São Paulo (FAPESP) processo 2007/57539-8 e Projeto Doenças Negligenciadas Edital 410547/2006-9 MCT/CNPq – DECIT25/200.